

"Com o grupo de ajuda e suporte mútuo é diferente (...), o que faz com que eu participe é a minha vontade e/ou necessidade, nada mais. Não sou pressionada. E quando falo de minhas coisas não estou mais tão sozinha. Porque no grupo a minha participação faz diferença. E nesse ouvir e falar acabo descobrindo coisas e sentimentos que ajudam a melhor me conduzir num mundo de pessoas 'normais'.

No grupo aprendi a aceitar as minhas limitações (antes chorava muito quando sem querer me faziam perceber o quanto era diferente). Aprendi que o cuidar, tratar alguém com carinho, possui uma força surpreendente, leva qualquer pessoa a realizar seu potencial mais naturalmente. E isso pode ir além do esperado.

Hoje, consigo escrever assim. Porque passei por experiências inesperadas e contei com ajuda de pessoas que apostaram em mim. E depois, pelo conhecimento que fui adquirindo aos poucos através das pessoas do grupo. Há dois anos atrás não teria condições emocionais de sequer começar uma linha. Fico feliz por ainda existir pessoas que lutam para dar dignidade e voz a nós, no nosso sofrimento cotidiano, ao tentar existir e ainda realizar sonhos, apesar da sociedade ainda nos ver com olhos cautelosos e amedrontados..."

(Depoimento de participante de nosso primeiro grupo de ajuda mútua)



AJUDA E SUPORTE MÚTUOS EM SAÚDE MENTAL

cartilha

AJUDA E SUPORTE MÚTUOS EM SAÚDE MENTAL

PARA OS PARTICIPANTES DE GRUPOS

Eduardo Mourão Vasconcelos (coord.)

Glória Lotfi

Rosaura Braz

Rosaura Di Lorenzo

Tatiana Rangel Reis



cartilha

REALIZAÇÃO



ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL DA UFRJ

APOIO



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA



cartilha

AJUDA E SUPORTE MÚTUOS EM SAÚDE MENTAL

PARA OS PARTICIPANTES DE GRUPOS

PROJETO TRANSVERSÕES

ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL DA UFRJ
RIO DE JANEIRO

REALIZAÇÃO

Transversões
Transversões

ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL DA UFRJ



APOIO

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

CRÉDITOS

Ilustrações **Henrique Monteiro da Silva**, artista plástico, usuário de serviço de saúde mental da cidade do Rio de Janeiro, participante do movimento antimanicomial e trabalhador da TV Pinel, um projeto do Instituto Municipal Philippe Pinel, no Rio de Janeiro.

Programação visual **um triz comunicação visual**

Revisão **Renato Deitos** e **Eduardo Mourão Vasconcelos**

Concepção geral: **Projeto Transversões**, nome síntese do projeto de pesquisa e extensão integrado “Saúde mental, desinstitucionalização e abordagens psicossociais”, lotado na Escola de Serviço Social da UFRJ, com apoio do CNPq, Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e do Fundo Nacional de Saúde, ambos do Ministério da Saúde.

C327 Cartilha [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para participantes de grupos / Coordenação de Eduardo Mourão Vasconcelos; ilustração de Henrique Monteiro da Silva. – Rio de Janeiro : Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2013.

71p. : il.; 28cm.

ISBN: 978-85-66883-00-8

Projeto Transversões: projeto de pesquisa e extensão integrado Saúde Mental, desinstitucionalização e abordagens psicossociais na UFRJ, Termo de Cooperação entre UFRJ e Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, e apoio do CNPq.

1. Grupos de ajuda mútua – Brasil. 2. Serviços de saúde mental comunitária - Brasil. I. Vasconcelos, Eduardo Mourão, coord. II. Silva, Henrique Monteiro, ilust.

CDD: 361.40081



cartilha

AJUDA E SUPORTE MÚTUOS EM SAÚDE MENTAL

PARA OS PARTICIPANTES DE GRUPOS

PROJETO TRANSVERSÕES

ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL DA UFRJ
RIO DE JANEIRO

Contato:

Projeto Transversões / Escola de Serviço Social da UFRJ

A/C Prof. Eduardo Vasconcelos

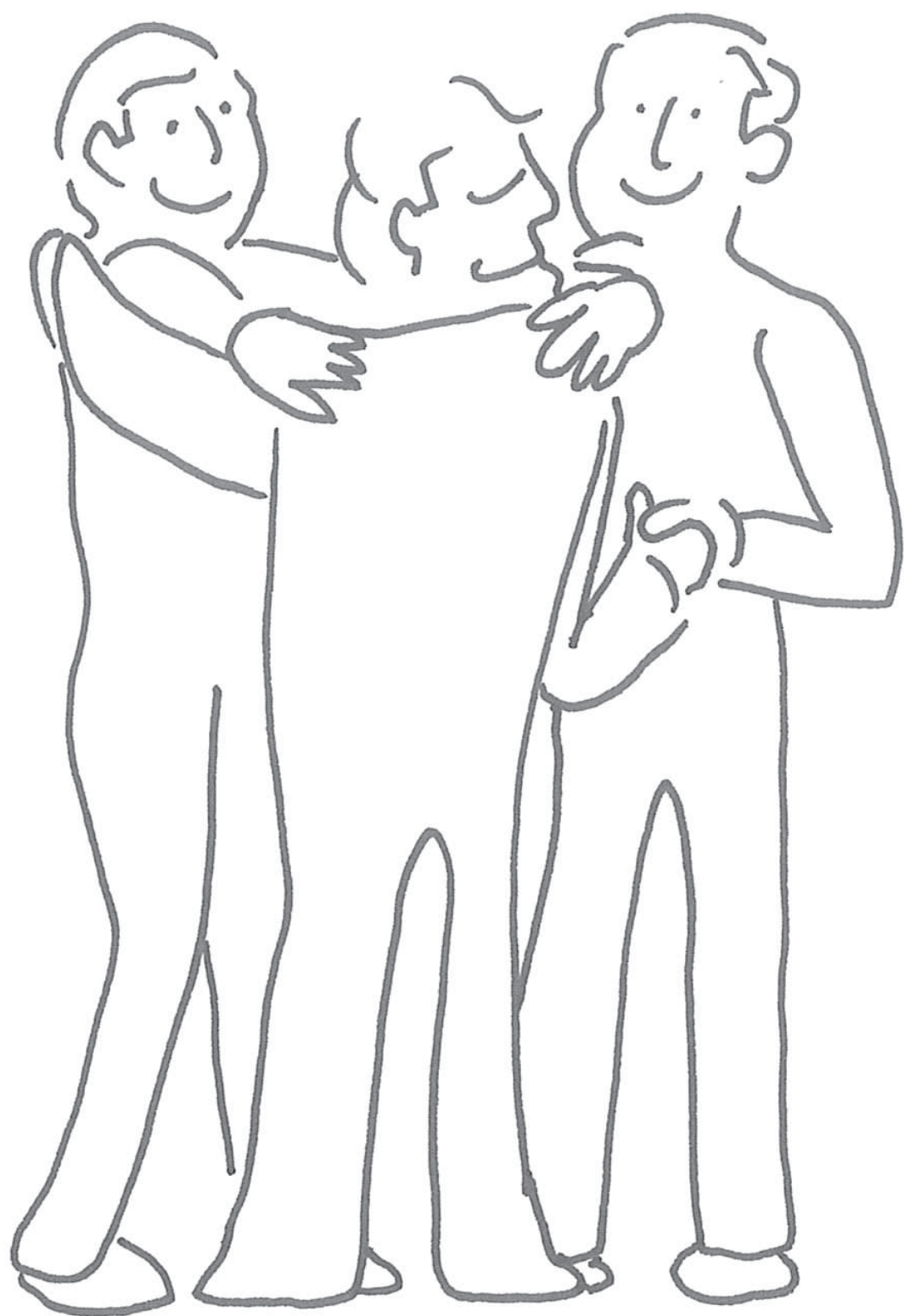
Av. Pasteur 250 Fundos - Rio de Janeiro 22.290-160 / Fone: (21) 3873-5413

E-mails: emvasconcelos56@gmail.com e rosaura.braz@gmail.com



sumário

APRESENTAÇÕES	7
1) Construindo uma rede de solidariedade e autonomia	8
Pedro Gabriel Delgado (Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Ministério da Saúde)	
2) É possível ter esperança na recuperação em saúde mental	9
Eduardo Mourão Vasconcelos (Projeto Transversões)	
3) Carta de Richard Weingarten	14
Uma das principais lideranças do movimento de usuários dos Estados Unidos	
4) Agradecimentos	17
A CARTILHA DOS PARTICIPANTES	19
A) Informações e documentos básicos	20
1) Objetivos dos grupos de ajuda mútua	20
2) Objetivos dos grupos de suporte mútuo	20
3) Papel dos facilitadores	21
4) Funcionamento	21
5) Ficha de inscrição para o participante	22
6) Contrato de regras para participação no grupo	23
7) Plano e cartão de crise	24
B) Exemplos de temas a serem discutidos nos grupos de ajuda e suporte mútuos	29
1) Lista de temas mais comuns nos grupos de usuários	29
2) Lista de temas mais comuns nos grupos de familiares	30
3) Lista de temas comuns aos grupos de usuários e familiares	32
C) Depoimentos de quem já passou pela experiência	33
1) Depoimentos de pessoas com transtorno mental e outros problemas crônicos	33
2) Depoimentos de familiares de pessoas com transtorno mental	36
D) Sugestões de músicas para abertura e final de reunião	39
Apêndice 1: Plano pessoal de ação para o bem-estar e a recuperação	41
Eduardo Mourão Vasconcelos	
1) Desenvolvendo uma “Caixa de Ferramentas de Bem-Estar”	44
2) “Plano de Manutenção Diária”	46
3) “Disparadores” e “Plano de Ação” para enfrentá-los	48
4) Primeiros “Sinais de Alerta”	49
5) “Quando as Coisas Estão Mal” e o “Plano de Emergência”	50
Anexo 1: Legislação e cartas de defesa de direitos no campo da saúde mental	53
1) Lei Federal n. 10.216, de reforma psiquiátrica no Brasil	53
2) Carta de Defesa dos Direitos das Pessoas com Transtorno Mental da ONU, de 1991	56
3) Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental	69



● apresentações

CONSTRUINDO UMA REDE DE SOLIDARIEDADE E AUTONOMIA

Pedro Gabriel Delgado

*Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
Ministério da Saúde*

Caros usuários e familiares da saúde mental,

É uma honra para mim apresentar esta cartilha para grupos de ajuda e suporte mútuos, elaborada por Eduardo Vasconcelos e sua equipe. Junto com o manual para facilitadores de grupos, a cartilha deverá ser um instrumento muito útil para apoiar o valioso trabalho desenvolvido pelos grupos de usuários e familiares.

Na fase atual da Reforma Psiquiátrica brasileira, penso que existem duas fronteiras principais que devem ser desbravadas. Uma é a da intersetorialida-

de, conforme foi apontado na IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. A Reforma tem que se abrir decisivamente para os outros campos das políticas públicas, como assistência social, educação, trabalho e renda, cultura, habitação, justiça.

A outra fronteira para a consolidação da Reforma é justamente a do fortalecimento das ações solidárias e produtoras de autonomia, desenvolvidas por usuários e familiares, em cooperação com os profissionais e a sociedade em geral.

A experiência que compartilhamos no Grupo de Trabalho de Demandas dos Usuários, instituído em 2009 por iniciativa dos próprios usuários e familiares, em cooperação com o Ministério da Saúde, mostrou que existem inúmeras e criativas possibilidades de fortalecimento do protagonismo e participação daquelas pessoas que detêm o precioso legado da vivência pessoal com o sofrimento psíquico. Este legado é um bem valioso, apesar de marcado pelas vicissitudes da experiência e das estratégias para melhor lidar com ela, e deve ser compartilhado com outros usuários e familiares. Este compartilhamento generoso em si mesmo abre caminhos novos para lidar com os problemas e ajuda na construção de uma vida melhor.

Meu abraço cordial aos usuários, às usuárias e aos familiares, desejando que esta cartilha de fato seja um instrumento para ampliação da grande rede de solidariedade dos grupos de ajuda e suporte mútuos, que fortalecerá ainda mais a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Dezembro de 2010



É POSSÍVEL TER ESPERANÇA NA RECUPERAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Eduardo Mourão Vasconcelos

Projeto Transversões

“Há algum tempo frequentamos um grupo de ajuda mútua para familiares por convivermos com filhos portadores de transtornos mentais. No início, sentíamos-nos desamparados, isolados, sem possibilidade de trocar experiências com outras pessoas, até familiares mais distantes. (...) Foi neste encontro que pudemos crescer nesta trajetória que a vida nos impôs. Não só estamos obtendo toda gama de informações, mas também trocando afeto, tristeza, alegria, compaixão, humanidade. Ao longo deste tempo, percebemos que não devemos esperar pela luz no fim do túnel, mas descobrir quando ela pisca ao longo do caminho. Somos gratos a todos os nossos companheiros de jornada.”¹

“Então, nessa clínica (...) eles tinham um grupo que se reunia uma vez por mês, era um grupo de ajuda mútua entre os usuários e os profissionais de saúde (...). Foi ali que eu comecei a aprender o que significava medicamento, o que era a doença mental, porque lá já existiam pessoas que se tratavam há dois, cinco anos. Gente alta, baixa, gorda, pobre, rica (...). Então comecei a conhecer pessoas, fazer amizades, foi muito interessante.

Ali surgiu o convite para eu participar do grupo X, outra experiência mais interessante do que a do hospital, porque não tem o profissional de saúde, são só os portadores de transtorno mental, pessoas com todos os tipos de transtorno, e aí eu percebi coisas novas. Ali era vida, troca, a gente olhava a vida de forma diferente. (...) Tudo foi resultado desse passo de deixar de olhar só para a minha dor e perceber que a dor dos outros é parecida com a minha. Então, vale a pena estar junto, vale a pena lutar, o processo é isso...”²

Só quem já viveu a experiência de uma crise mental grave sabe do desamparo e do sofrimento que ela implica. Ela tem um efeito devastador: é como se o chão embaixo de nós desabasse, e a partir daí, como em uma fila de peças de dominó, todas as outras esferas da vida vão também caindo. Esse efeito é também vivido com muita dor pelos nossos familiares e/ou por quem convive diariamente conosco. Mesmo depois da saída da fase mais aguda da crise e da primeira internação, a vida nunca mais volta ao que era antes, e a sensação é de que “o mundo acabou pra mim”. E não cabe mais procurar o velho “eu”, como se nada tivesse acontecido, pois o terremoto já abalou tudo. Ao mesmo tempo, a vida tem que começar de novo, mas agora é um “eu” pequenininho, medroso, que não tem mais nenhuma segurança de si, é que tem que retomar a direção do barco. Mas como?

² Trechos de Nilo Marques de Medeiros Neto, no livro *Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental* (org. de E. M. Vasconcelos e outros, São Paulo, Hucitec, 2006, p. 144).

¹ Depoimento de casal do Grupo Alento, cidade do Rio de Janeiro.

Neste momento, portanto, a tendência é a gente se recolher, se isolar, para ir tateando aos poucos as possibilidades desse novo “eu”, e reaprender devagarinho a viver. Mas essa solidão é também terrível, exatamente em um momento em que mais precisamos falar dessa experiência difícil e radical de vida, em que precisamos procurar dar sentido a ela e saber como os outros que também a viveram puderam fazer esse caminho difícil. O apoio de serviços e de profissionais de saúde mental é fundamental, mas eles não viveram “por dentro” estas experiências, ou, se o fizeram, não podem falar diretamente delas. Assim, a maioria dos tratamentos convencionais não oferece essa possibilidade de trocar figurinhas com os “companheiros de viagem”. Além disso, esse atendimento é geralmente individual e na maioria das vezes, principalmente nos serviços públicos, a consulta é rápida, e não permite a gente falar muito.

Mas *existe esperança*. Há muitos anos, aqueles que passaram por vivências difíceis e radicais de vida intuíram a possibilidade de se unirem, de se encontrarem regularmente, e ir trocando as experiências desta trajetória de retomada da vida. Formaram então os chamados *grupos de ajuda e suporte mútuos*, organizados pelas próprias pessoas com vivências e problemas similares, sejam elas indivíduos avulsos ou usuárias de serviços de saúde mental (*grupos de usuários*), sejam elas familiares (*grupos de famílias*). O termo *usuário* é importante, porque quer dizer pessoas que não querem mais ser identificadas como “doentes mentais”, “pacientes”, “malucos” ou como “loucos”, porque essas palavras são carregadas de sentidos negativos, que geram discriminação, passividade e a sensação de que este estado toma toda a pessoa e é definitivo na vida, sem possibilidades de mudanças. A *palavra usuário implica apenas a condição de usuário de um serviço e de uma política de saúde, e, como tal, a pessoa é portadora de direitos*.

Nos grupos de ajuda e suporte mútuos, podemos encontrar o calor de nossos companheiros de ca-

minhada, pessoas concretas com as quais temos a oportunidade de falar abertamente de nossas dificuldades, ser acolhidos, ouvir e saber também de suas experiências, nos identificar com aqueles que viveram momentos semelhantes, por que também viveram e sabem de dentro, lá do fundo do coração, as dores e dificuldades que experimentamos. Muitos destes companheiros já têm mais tempo de convívio com as adversidades do transtorno, caminharam por muitas estradas, ultrapassaram muitas fases difíceis, aprenderam com os próprios desafios, e aos poucos puderam recriar e reinventar suas vidas.

O exemplo desses companheiros é muito importante, com suas experiências de vida e de como lidar com os diversos problemas da vida com o transtorno, pois reconforta saber que é possível ter esperança sim, que há saídas e “luz no fim do túnel”. Não pensamos que isso seja algo mágico, como se os transtornos mentais mais profundos tivessem uma cura definitiva, mas que apesar de suas marcas em nós, usuários e familiares, é possível haver recuperação para uma vida ativa e útil, para reconquistar confiança e autoestima, para ter amizades profundas e relacionamentos amorosos, bem como para trabalhar e participar da vida social e política de nossa comunidade e de nosso país.



Para resumir, então, quais são os benefícios e vantagens de se participar de grupos de ajuda e suporte mútuos?

a) o *acolhimento e o apoio emocional dos companheiros*, que é bom tanto quando se recebe como também quando reconhecemos que também podemos ajudar os outros;

b) o exemplo concreto dos companheiros em estágio mais avançado de recuperação, nos dizendo que *é possível ter esperanças de uma vida melhor e mais ativa, com autoestima*;

c) a *oportunidade de fazer “amigos do peito”*, dentro e fora do grupo, que serão companheiros em nossa caminhada de vida;

d) a *troca de informações e experiências em como lidar com os muitos desafios da vida com o transtorno*, tais como os sintomas difíceis, os efeitos dos remédios, os problemas do tratamento e dos serviços de saúde mental, e os problemas de relacionamento com a família e amigos etc.;

e) a busca comum, a partir do grupo, de *estratégias de suporte social*, ou seja, para a realização conjunta de atividades de lazer, de esporte, de cultura, de sociabilidade, ou mesmo para enfrentamento, gradualmente, de questões mais difíceis, como trabalho, moradia, assistência social e de saúde etc.;

f) a busca, a partir do grupo, e aos poucos, de *estratégias para se lutar contra a discriminação à pessoa com transtorno mental*, bem como a *defesa dos direitos* dos participantes do grupo e dos demais usuários de serviços de saúde mental e seus familiares, na comunidade, nos serviços de saúde mental, na sociedade e na vida política do país;

g) a busca, a partir do grupo, de *iniciativas para a melhoria e o aperfeiçoamento da assistência em saúde mental* na comunidade, e, gradualmente, para colaborar também nos serviços e na política de saúde mental em toda cidade, em nosso estado e no país;

h) o fato de que *os grupos são gratuitos*, sem custo. Em alguns casos de pequenas despesas comuns, o grupo deve discutir estratégias de como conseguir os recursos, e, em último recurso, que elas sejam divididas entre todos. Portanto, os grupos estão ao alcance de todos os interessados, e *podem ser iniciados em quaisquer locais* que possam acolher uma reunião comunitária e garantir um mínimo de silêncio e anonimato para os participantes;

i) o fato de que *a participação é inteiramente livre e voluntária, buscando o anonimato e o sigilo* em relação ao nome das pessoas e a seus depoimentos fora do ambiente do grupo.

Em primeira mão, é possível dizer que os grupos de ajuda e suporte mútuos podem ser criados em qualquer lugar que possa acolher uma reunião comunitária que garanta um clima de segurança e sigilo. Um dispositivo natural para este tipo de reunião são as muitas associações de usuários e familiares de saúde mental que estão surgindo no país. Entretanto, as reuniões podem acontecer também em sindicatos, associações de moradores, associações civis em geral, cooperativas, escolas, serviços públicos etc. Os grupos podem também acontecer nos serviços de assistência social, saúde e saúde mental, particularmente na rede de atenção à saúde da família. Sugerimos, no entanto, que você entre em contato com os serviços de saúde/saúde mental e assistência social de seu município e busque, junto com eles, implementar estas reuniões e grupos com todo o apoio possível. Para nós, autores desta cartilha, esta iniciativa deve ser assumida integralmente como uma linha de cuidados ligada aos direitos sociais e de saúde de todo cidadão, e, portanto, de forma integrada à rede pública de serviços de saúde, de saúde mental e de assistência social de seu município.

Autores e instituições que promovem este projeto

Gostaríamos de nos apresentar como autores desta cartilha. Somos um grupo de profissionais de saúde mental integrantes do **Projeto Transversões**³, um projeto de pesquisa e extensão voltado para o tema da saúde mental, localizado na Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, coordenado pelo Prof. Eduardo Vasconcelos, que assina esta apresentação. Temos também o apoio do *CNPq – Conselho Nacional de Pesquisa*, ligado ao Ministério de Ciência e Tecnologia, em Brasília, como também da *Coordenação Nacional de Saúde*

Mental, Álcool e Outras Drogas e do *Fundo Nacional de Saúde*, ambos do Ministério da Saúde, que apoiam este projeto e a produção desta cartilha.

O Projeto Transversões é inteiramente comprometido com a *luta mais ampla pela reforma psiquiátrica e com a luta antimanicomial no Brasil, que busca substituir aquela velha assistência em saúde mental feita em hospitais e asilos fechados por serviços abertos na comunidade, associando cuidado com liberdade e um papel ativo dos usuários e seus familiares. Esta luta vem sendo assumida pelo Ministério da Saúde e pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como uma Política de Estado desde 1987*, quando

3 A cartilha e o manual foram organizados pela subequipe do Projeto de Ajuda Mútua, que se insere no Transversões, e que é composta pelos seguintes membros: o próprio Prof. Eduardo Vasconcelos, também coordenador desta subequipe, psicólogo, cientista político, doutor pela Universidade de Londres e professor da Escola de Serviço Social da UFRJ; a psicóloga e terapeuta de família Rosaura Braz, que acompanha desde 1997 o Grupo Alento, de ajuda e suporte mútuos entre familiares no campo da saúde mental, na cidade do Rio de Janeiro, e que desde o início dos anos 1990 atua e faz parte do Transversões; a Prof^a Tatiana Rangel Reis, assistente social, doutora pela UFRJ e professora da Escola de Serviço Social da UFF, em Niterói; Glória Lotfi, psicóloga e analista junguiana, membro analista e fundador da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica (SBPA-RJ) e membro analista da International Association for Analytical Psychology (IAAP), com sede em Zurique, Suíça, e que também atua na cidade do Rio de Janeiro, bem como Rosaura Di Lorenzo, psiquiatra argentina. Jefferson Rodrigues e Gírlane Peres, de Florianópolis (SC) membros ativos de outro projeto do Transversões, colaboraram em muitas ocasiões, com conversas e sugestões, mas não puderam participar diretamente da produção destas publicações. Verônica Processi, psicóloga carioca, participou da fase inicial do projeto. Incluiu também na equipe de produção deste projeto as irmãs Márcia Nascimento Silva e Claudia Helena Nascimento Silva, com seu apoio no campo administrativo e financeiro. Nos últimos anos, juntaram-se à equipe do Transversões alguns estudantes da Escola de Serviço Social da UFRJ, que estão realizando seus trabalhos de pós-graduação ou de final de curso de graduação (TCC) sobre este projeto ou temas associados. Embora não tenham participado diretamente da montagem destes manual e cartilha, seus trabalhos contribuem para a construção do projeto. Tiago Lopes Bezerra vem participando também dos grupos, enquanto Valéria Debortoli Queiroz, Louise Rangel e Marcele Arruda estudam ou estudaram temas correlatos. E lembramos também de Tarcísia Castro Alves, que concluiu recentemente seu mestrado na UFSC e assumiu o tema do empoderamento como objeto de sua dissertação.



ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental.

Para os interessados em nos contatar, em trocar ideias, em contar sua experiência de grupos de ajuda e suporte mútuos, em dar sugestões e nos fazer críticas construtivas para aperfeiçoar esta cartilha, o nosso endereço e contatos estão no final deste texto de apresentação. Somos muito gratos a qualquer contribuição para esta caminhada tão importante, na qual estamos engajados.

É importante lembrar também que há um *manual de formação para facilitadores de grupo, bem como para profissionais* que queiram colaborar e assessorar os grupos, publicado de forma integrada a esta cartilha, e da mesma forma patrocinado pelo Ministério da Saúde. Os usuários e familiares que queiram conhecer melhor o tema e queiram também atuar na facilitação dos grupos têm, portanto, a possibilidade de ter acesso a este manual, que oferece um aprofundamento gradual em termos operativos, histórico e teórico-conceitual.

Antes de finalizar, chamamos a sua atenção para o fato de que esta cartilha inclui também um apêndice e um anexo. São documentos importantes que você deve conhecer:

Apêndice 1: Plano Pessoal de Ação para o Bem-Estar e a Recuperação: visa prover um material muito útil para as reuniões temáticas de grupos de ajuda mútua para usuários de serviços de saúde mental. Foi inspirado na experiência internacional do movimento de usuários e busca, a partir de sua discussão nestes grupos, *possibilitar a cada usuário construir ele mesmo um plano pessoal de ação concreta para desenvolver o seu bem-estar e para prevenir recaídas e crises.*

Anexo 1: Legislação e cartas de defesa de direitos no campo da saúde mental: são documentos legais e normativos que ajudam na defesa dos direitos das pessoas com transtorno mental e de seus familiares.

Este anexo contém a *Lei Federal n. 10.216, de reforma psiquiátrica no Brasil; a Carta de Defesa dos Direitos do Portadores de Transtorno Mental da ONU, de 1991; e a Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental*, escrita coletivamente no III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, realizado em Santos (SP), em 1993, e que sofreu alguns pequenos acréscimos posteriores ainda na década de 1990.

E, para terminar, gostaríamos de repetir esta *mensagem de esperança: por mais dolorosa e difícil que seja a vivência da crise mental, o que podemos presenciar pela experiência em vários países, e também de muitas pessoas concretas no Brasil, várias delas hoje amigos e companheiros nossos, é que a recuperação é possível, e que neste caminho os grupos de ajuda e suporte mútuos são fundamentais.*

Um abraço amigo e caloroso do
Prof. Eduardo Vasconcelos e da *Equipe do Projeto de Ajuda Mútua* do Projeto Transversões

Contato: PROJETO TRANSVERSÕES

A/C do Prof. Eduardo Mourão Vasconcelos
Escola de Serviço Social da UFRJ
Av. Pasteur, 250 – Fundos
240240-240
Rio de Janeiro
Fone: (21) 3873-5413
E-mails: emvasconcelos56@gmail.com
rosaura.braz@gmail.com

CARTA DE RICHARD WEINGARTEN, UMA DAS PRINCIPAIS LIDERANÇAS DO MOVIMENTO DE USUÁRIOS DOS ESTADOS UNIDOS

New Haven (Connecticut, EUA), 6 de março de 2011

Caros Eduardo e demais membros da equipe de ajuda e suporte mútuos,

Parabéns pela nova cartilha e o manual de ajuda e suporte mútuos! Estou certo de que os usuários e familiares brasileiros vão se beneficiar muito com os novos grupos a serem formados, como eu mesmo o fiz muitos anos atrás, quando eu estava muito deprimido e tão desesperado da vida. Foi num grupo deste tipo que aprendi a falar livremente, sem medo ou vergonha, dos problemas que emergiram com o meu transtorno e da vida empobrecida que parecia vir junto com ele. Fiz novos amigos entre os companheiros do grupo e adorei o dar e receber do fundo do coração que acontece nas conversas do grupo, que me informaram e inspiraram.

Eu me lembro da primeira vez em que fiz parte de um grupo desses. Era uma noite escura e chuvosa, e eu estava tão deprimido que não conseguia falar. Mas eu escutei as pessoas conversarem abertamente sobre seus problemas e dificuldades, e, assim, fui recebendo compreensão e encorajamento dos outros membros do grupo. Quando saí daquele encontro, me senti muito animado, de uma forma que não sentia há muito tempo. Fora do hospital, onde foi a reunião, vi as luzes da rua brilharem e piscarem intensamente. Foi aí então que percebi mais claramente que tinha tido uma experiência muito positiva.

Nas reuniões seguintes, à medida que comecei a dividir com os demais as minhas experiências, percebi como eu também podia ser útil para eles. Devagarinho, vendo os outros líderes de grupo, e

no início com muitos receios, aprendi a facilitar grupos. Depois de minhas primeiras tentativas, perguntei a um usuário conhecido como tinha ido na reunião. E ele me respondeu: "Você foi um 'profissa', meu chapa, como se estivesse fazendo isso a vida toda!". Saber que eu tinha tido um efeito muito positivo nos outros me deu a confiança necessária para tentar achar um trabalho no campo da saúde mental. Quando achei o primeiro trabalho, uma das tarefas iniciais foi facilitar um grupo de ajuda mútua para pessoas com depressão e ansiedade. Depois das quintas à noite, ao final do grupo, nós saíamos para tomar um café em um restaurante próximo. Daí, fomos ficando muito amigos uns dos outros. As pessoas podiam entrar e sair do grupo quando queriam ou precisavam. Era muito gratificante vê-las sorrindo após os encontros, depois de entrarem com tristeza e expressões carregadas no rosto, com todo o peso do mundo em suas costas.

Em algumas semanas, em vez de ter o encontro, a gente ia para o teatro local, para uma noite que passamos a chamar de "para ver o que a gente pode pagar". Antes da peça, a gente parava em uma cafeteria para um café e conversa. Meses depois, fui a este mesmo local com um conhecido, e descobri alguns dos membros do grupo tendo um café com seus amigos. Ao estar com eles, me informaram que estavam indo para o teatro, em uma daquelas noites "para ver o que a gente pode pagar".⁴ Eu fiquei então muito satisfeito em saber que o grupo tinha possibilitado a eles o acesso a eventos sociais e culturais.

⁴ Nota do coordenador desta publicação: no Brasil, como até mesmo um cinema ou teatro pode não ser acessível para a maioria de nossos usuários e familiares de serviços públicos, este tipo de iniciativa de suporte mútuo é realizado com um contato prévio com a direção do teatro ou do cinema, no qual se explica a natureza do projeto. Em geral, não é difícil se conseguir as entradas grátis necessárias para os membros dos grupos, particularmente em centros culturais públicos.

Mas há também encontros muito difíceis. Uma noite, uma mulher veio muito deprimida para o grupo e falou abertamente em querer se machucar. Nós não a deixamos só. Depois do encontro, a conduzimos para o hospital mais próximo, e a esperamos na sala de emergência até que a família viesse e a equipe a avaliasse.

Destas experiências tão pessoais, eu passei a apreciar e valorizar os grupos de ajuda e suporte mútuos também em sua dimensão mais coletiva, como uma parte integrante e necessária do sistema de saúde mental. Além disso, os grupos são o terreno preparatório para as futuras lideranças do movimento de usuários e familiares. Em outras palavras, conversar sobre minhas experiências pessoais, ter atividades

sociais e trabalhar, descobrir novos objetivos de vida, tudo isso não só ajudou a aceitar o meu transtorno e me fez sair daquela situação de solidão e isolamento, mas também me abriu novas e ricas oportunidades para uma vida ativa e participativa na sociedade. Na medida desta aceitação, fui elaborando meu processo pessoal de recuperação, e também fui me capacitando para trabalhar e participar deste processo mais amplo no sistema de saúde mental e na sociedade em geral.

Eduardo e sua equipe, eu desejo a vocês, bem como a todos os usuários e familiares que certamente se beneficiarão destes grupos de ajuda e suporte mútuos, boa sorte e muito sucesso! Com estes gru-



pos, vocês estão iniciando uma nova era em saúde mental no Brasil, e com certeza ajudando a criar um sistema de cuidados muito mais humano e capaz de despertar cada vez mais esperança nas pessoas!

Abração do amigo

Richard Weingarten⁵, M.A., CPRP
New Haven, CT, USA

⁵ Nota do coordenador: É necessário fazer aqui uma apresentação de Richard, para que se possa entender a sua presença neste manual e cartilha. Weingarten esteve no Brasil entre 1968 e 1973, como trabalhador do 'Corpo da Paz' ('Peace Corps') ou da United Press International (UPI), como jornalista correspondente, e apaixonou-se pelo nosso país, por nossa gente e cultura. Entre 1974 e 1986, teve fortes crises mentais, com ataques severos de depressão e sintomas psicóticos. Foi internado cinco vezes. Uma boa medicação e o envolvimento com grupos de ajuda mútua em Cleveland, Ohio, em 1986-87, o ajudaram a sentir-se melhor consigo mesmo e estabeleceram a base para a sua recuperação, ao mesmo tempo que o iniciaram como ativista do movimento de usuários em seu país, que já vinha se organizando desde o início da década de 1970. A partir dos anos 1990, Richard vem exercendo várias funções como diretor de assuntos dos usuários em serviços públicos de saúde mental e em atividades acadêmicas, particularmente na Universidade de Yale, e é reconhecido como uma das principais lideranças do movimento nos Estados Unidos, mas também desenvolve atividades e é muito conhecido em vários outros países. Tem voltado regularmente ao Brasil, em iniciativas de intercâmbio com o Projeto Transversões ou como convidado para eventos relacionados com a reforma psiquiátrica e com a política de saúde mental. Em 2001, publicou no Brasil, através do projeto Transversões e do Instituto Franco Basaglia, no Rio de Janeiro, a cartilha intitulada "O movimento de usuários em saúde mental nos Estados Unidos: história, processos de ajuda e suporte mútuos e militância". Construímos conjuntamente e lançamos em 2006 o livro "Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental" (Rio/São Paulo, EncantArte/Hucitec). Assim, o movimento norte-americano e o próprio Richard tiveram, portanto, um papel fundamental nesta cartilha e manual, seja como uma das principais experiências inspiradoras, seja como assessor concreto no seu processo de construção.



AGRADECIMENTOS

A cartilha e seu manual, bem como as experiências piloto que subsidiaram a construção desta metodologia, não poderiam ser desenvolvidos sem o apoio de um enorme conjunto de instituições e pessoas, e neste momento gostaríamos de fazer justiça reconhecendo-as e manifestando nosso agradecimento. Sabemos que, ao nomear pessoas, caímos no risco de fazer injustiças esquecendo de algumas delas, mas não podemos deixar de fazê-lo em relação àquelas que pelo menos deram o seu suporte mais direto para nossa iniciativa.

Em primeiríssimo lugar está a contribuição "a quente" da experiência de vida, dos depoimentos e das sugestões de todos os **usuários e familiares que participaram de nossos projetos-piloto de grupos**, incluindo os participantes do **Grupo Alento**⁶, de familiares do Rio de Janeiro, mais antigo, que vem constituindo significativa fonte de inspiração para nossos trabalhos. São assim mesmo, anônimos, porque temos que garantir o sigilo em todos os nossos grupos. De forma similar estão muitos **militantesusuários, familiares, trabalhadores e profissionais do movimento antimanicomial em todo o Brasil**, principalmente do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, que vêm desenvolvendo iniciativas similares em seus locais de moradia e de ativismo, que entenderam logo a importância deste projeto e o apoiaram de todas as formas. Em especial, não podemos deixar de citar todo o suporte dado pelo Núcleo Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial do Rio de Janeiro. Quanto aos membros do movimento antimanicomial brasileiro, qualquer tentativa de nomeá-los fatalmente nos faria cometer muitas injustiças, e prefiro não me arriscar.

Ainda no Brasil, gostaríamos de agradecer primeiramente ao **Fundo Nacional de Saúde e à Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde**, que apoiam e financiam este projeto, e esta cartilha e o manual. Na Coordenação, queríamos lembrar especialmente do coordenador até a ano de 2010, Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado, que acreditou na idéia, e de toda a sua equipe; e nesta, especialmente de Milena Leal Pacheco e Karime Fonseca, mais diretamente ligadas ao desenvolvimento deste projeto. Foi fundamental também o apoio político dos integrantes do **Grupo de Trabalho de Demandas de Usuários e Familiares**, criado junto àquela Coordenação e em atividade em 2009 e 2010, que analisou e aprovou integralmente esta iniciativa. Ainda no âmbito de Brasília, é fundamental não esquecer ainda do **CNPq, Conselho Nacional de Pesquisa**, ligado ao Ministério de Ciência e Tecnologia, com seu apoio regular ao Projeto Transversões na forma de bolsa de produtividade em pesquisa.

⁶ Para os interessados em maiores informações sobre este grupo, ver o texto de aprofundamento neste manual, de autoria de Rosaura Maria Braz.

Este projeto também não poderia se desenvolver sem a inspiração nos movimentos de usuários e familiares de outros países e na sua sistematização em textos e publicações. Para ter acesso a toda esta experiência, contamos com a intensa colaboração, assessoria e o apoio efetivo de nossos vários **parceiros internacionais**, e não podemos deixar de citar aqui, dentre eles, particularmente Richard Weingarten, liderança dos usuários nos Estados Unidos; Claudia de Freitas, psicóloga, pesquisadora e ativista do movimento de usuários na Holanda; e a Prof^a Shulamit Ramon, pesquisadora e ativista do campo da saúde mental na Inglaterra.

É claro que temos também importantes **parcerias intelectuais e de companheirismo acadêmico no Brasil**, e algumas delas tiveram contribuições diretas e indiretas fundamentais neste projeto. Aqui, não posso deixar de citar os importantes aportes de Manuel Desviat de Madrid (Espanha); Lucia dos Santos Rosa, de Teresina (PI); de Jeferson Rodrigues, de Florianópolis; de Rosana Onocko Campos, em Campinas (SP); de Sandra Fagundes, em Porto Alegre (RS); de Ana Simões da Fonseca, em Recife (PE), de Magda Dimmenstein, em Natal (RN); de Tarcísia Castro Alves, em Vitória da Conquista (BA); de Willian Castilho Pereira, em Belo Horizonte (MG); de Erika Finotti, em Uberlândia (MG); e de Pedro Gabriel Delgado, Paulo Amarante, Marta Zappa, Rita Cavalcante Lima e Eduardo Passos, no Rio de Janeiro. Quero lembrar especialmente de Eymard Mourão Vasconcelos, de João Pessoa (PR), meu irmão e amigo pessoal, companheiro de caminhada desde o início de nosso ativismo social na década de 1970, um dos fundadores e liderança-chave do movimento de educação popular em saúde do país, e que também contribui neste projeto com um texto de aprofundamento. Também Víctor Valla (Rio de Janeiro, RJ), intelectual e co-fundador deste mesmo movimento, um saudoso amigo que nos deixou recentemente, nos inspirou e fez sugestões fundamentais. Ainda neste âmbito das parcerias nacionais, é fundamental agradecer pelo apoio que temos recebido de várias **lideranças de profissionais, e particularmente gestores estaduais e municipais de programas e serviços de saúde mental em todo o país**, principalmente através da receptividade em nos receber e, em muitos casos, em desejar ou dar suporte concreto para implementar o projeto em seus municípios. Aqui, até o presente momento, no Rio de Janeiro, somos muito gratos ao Dr. Francisco Sayão Lobato Filho e à Dra. Márcia Schmidt, na esfera estadual; ao Dr. Mario Barreira Campos, a Pilar Belmonte, Alexander Ramalho, Ana Carla Silva, Ana Felisberto Silveira, Aline Cescon Jardim e Mariana Sloboda, na Coordenação Municipal de Saúde Mental do município; a Patrícia Matos, Andrea Farnettane, Elida dos Santos, Renata Miranda e Marcia Bezerra, no CAPS João Ferreira (Complexo do Alemão); a Andrea Marcolan e Tânia Cerqueira, do CAPS Ernesto Nazareth, além de Glória de Fátima Veiga Santos, que atuam na Ilha do Governador; a Carla Cavalcante Paes Leme, no CAPS Fernando Diniz (Olaria), e a Paula Urzua, no CAPS Maria do Socorro Santos (Rocinha). Nos demais estados, temos que agradecer a Norma Casimiro, de Camarajipe (PE); a Maria do Horto Salbego, Teresinha Aurélio e Judete Ferrari, de Alegrete (RS); a Suzana Roportella, Dirce

Cordeiro, Elisabete Henna, , Iana Ribeiro, Drauzio Viegas Junior e Décio Alves em São Bernardo do Campo (SP); a Albano Felipe, de Santo André (SP); a Rodrigo Persotto e Waldemar Souza, em Campinas; a João Batista Pereira de Souza, Luciene Lemos e Nazareth Reis, em Angra dos Reis (RJ); a Eraldo Ferreira, de Carapicuíba (SP); e a Marta Evelyn Carvalho, em Teresina (PI). Entre as várias associações de usuários e familiares que apoiaram ou abraçaram inteiramente este projeto, não podemos deixar de agradecer e citar a APACJUM e a AFAUCEP, no Rio de Janeiro; a AFAUC, de Angra dos Reis; a AFLORE, de Campinas; a De Volta pra Casa, de Santo André; a Mente Ativa, de São Bernardo do Campo; e a Âncora, de Teresina (PI).

Voltando à cidade do Rio de Janeiro, este projeto não poderia se desenvolver de forma alguma sem toda a **equipe do Projeto Transversões**, já nomeados na apresentação, especialmente aqueles mais diretamente ligados a esta iniciativa, que também assinam a autoria desta cartilha e do manual, como também a autoria dos textos de aprofundamento neste último. Em especial, gostaria de lembrar de Rosaura Braz, que me acompanhou em cada passo deste projeto, em todas as decisões, reuniões e viagens por esse Brasil afora. Rosaura tem uma sensibilidade toda especial pelos familiares da saúde mental, e foi pioneira na criação do Grupo Alento, que tanto nos inspirou. Na conjunto do Transversões, temos um ativismo hegemonicamente voluntário, de profissionais que arregaçam as mangas a partir da compreensão da importância ética, política e metodológica do dispositivo de cuidado e ativismo que estamos sistematizando. Na criação do projeto gráfico da cartilha e manual, na revisão e diagramação, somos gratos pelo trabalho maduro e profissional da designer gráfica Renata Figueiredo e sua equipe, uma feliz indicação de Kitta Eitler, nossa amiga pessoal e também profissional da área. E ainda nesse campo, queremos agradecer especialmente a Henrique Monteiro da Silva, desenhista e usuário da saúde mental, membro atuante da TV Pinel, pelas ótimas ilustrações que inserimos neste manual e cartilha.

No apoio institucional ao Projeto, é fundamental reconhecer que ele não seria possível sem o suporte integral da **Vice-Reitoria da UFRJ**, que faz a gestão do convênios externos desta universidade, assumindo portanto o convênio com o Fundo Nacional de Saúde. Assim, nosso muito obrigado aos vice-reitores, nas pessoas da Prof.a Sylvia da Silveira Mello Vargas, que exerceu o cargo até 2011, e do atual, Prof. Antônio José Ledo Alves da Cunha. Além deles, dentro da UFRJ, a tramitação contou com o enorme suporte e aconselhamento regular de Inês Maciel, Regina Célia Loureiro, Silvia Reis dos Santos e Penha Ferreira dos Santos, bem como com o apoio administrativo da Fundação José Bonifácio (FUJB).

Ainda na UFRJ, tivemos todo o total apoio da direção da **Escola de Serviço Social da UFRJ**, nas pessoas dos professores Mavi Rodrigues e Marcelo Braz; do **Programa de Pós-Graduação em Serviço Social**, na sua coordenadora, Prof. Sara Graneman, e do **Departamento de Métodos e Técnicas**, chefiado neste período pela Prof. Rita Cavalcante Lima. Estas instâncias são aquelas que nos acolhem, avaliam e aprovam todos

os nossos projetos, e dão todo o apoio institucional, o espaço e a infraestrutura básica de funcionamento para nosso trabalho interno. Somos muito gratos a todos eles. Além da Escola, onde estou lotado, o **Instituto de Psicologia da UFRJ** também tem apoiado a proposta, na pessoa de seu diretor, o Prof. Marcos Jardim. Outras universidades também tiveram um papel importante em nossas atividades no resto do país, e queremos lembrar especialmente da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

E, finalmente, temos **as instituições e pessoas que acolheram em suas instalações os nossos grupos-piloto iniciais no Rio de Janeiro**, que serviram de base para a experimentação da metodologia. Agradecemos ao Colégio Pinheiro Guimarães e ao Museu da República, no Catete, que nos cederam suas instalações para a primeira capacitação, em 2008. Depois, as reuniões passaram a acontecer nas salas cedidas pelo Núcleo de Saúde Mental e Trabalho (NUSAMT), na Secretaria Municipal de Trabalho, e agradecemos por isso a Vera Pazos, Reneza Rocha e Carlos Frederico (Fred). Em 2010, fomos “adotados” com muito carinho pela Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos, em Botafogo, e por isso somos muito gratos a sua diretora, Márcia Cristina Cid Araujo e a sua equipe, com destaque para Luís Aquino. Em 2011, com o fechamento desta escola em Botafogo, fomos acolhidos pelo Instituto Franco Basaglia e Instituto Philippe Pinel, com o apoio pessoal de Esther Arotchas e Marta Zappa, aos quais somos muito gratos.

Antes de terminar, gostaria de lembrar de nossas famílias, que compreenderam a importância e estão apoiando integralmente este projeto desde o início, apesar de saber que ele implicaria em diminuir sobremaneira o nosso tempo de convívio familiar. No meu caso pessoal, quero expressar minha mais profunda gratidão a Denise Pamplona; a Pedro Henrique, Carolina e a nossa neta Luisa; e a Maria Paula e Roberto Rivelino.

A todos vocês, e aos vários apoiadores que não pudemos nomear aqui, nosso muito obrigado!

Eduardo Mourão Vasconcelos e equipe do Projeto Transversões



A Cartilha dos participantes



A) INFORMAÇÕES E DOCUMENTOS BÁSICOS

1) Objetivos dos grupos de ajuda mútua:

- a) constituir um espaço de acolhida, troca de experiências e de apoio emocional;
- b) estimular a comunicação e a livre expressão de sentimentos no grupo;
- c) valorizar a experiência de vida de cada um dos participantes e do grupo como um todo;
- d) promover o crescimento pessoal e coletivo sobre como lidar com o transtorno mental no dia a dia e de como conviver melhor com a família e a rede social;
- e) desenvolver a autoconfiança, a autoestima e a esperança no processo de recuperação;
- f) estimular o companheirismo e fazer amigos;
- g) estimular que os participantes desenvolvam outras formas de apoio coletivo como suporte mútuo, defesa de direitos e ativismo social e cultural, a partir e/ou fora do grupo.



2) Objetivos dos grupos de suporte mútuo:

- a) estimular o companheirismo, fazer amigos e superar a solidão e o isolamento social;
- b) desenvolver a autoconfiança e a autoestima na vida social;
- c) realizar juntos atividades sociais, artísticas, culturais, esportivas, comunitárias, de lazer, de reconhecimento e utilização de recursos sociais na comunidade local e na sociedade;
- d) buscar e participar dos recursos que a rede social oferece, para a conquista da cidadania enquanto indivíduo e como sociedade;
- e) estimular o desenvolvimento de atividades de defesa de direitos e ativismo social e cultural.



3) Papel dos facilitadores:

Os facilitadores das reuniões e atividades também são pessoas com transtorno mental, ou seus familiares, em estágios mais avançados de recuperação, e que passaram por uma capacitação básica para exercer esta função. Eventualmente, profissionais e trabalhadores de saúde e saúde mental também podem colaborar nesta tarefa na fase inicial dos grupos. Assim, os facilitadores devem ser respeitados e reconhecidos no seu papel de condução do processo do grupo e de suporte para a realização de atividades. Faz parte dos objetivos do grupo acumular a experiência coletiva e estimular que outros participantes possam se tornar, mais tarde, também facilitadores de grupo.

Nos grupos de ajuda mútua, é recomendado que os assuntos referentes ao grupo sejam tratados com os facilitadores e com os demais participantes apenas na própria reunião.

4) Funcionamento:

a) as *reuniões de ajuda mútua* devem acontecer em uma sala discreta, confortável, em um centro social ou serviço público, que garanta a privacidade e o anonimato das pessoas, e de fácil acesso. No *suporte mútuo*, por sua vez, além desta "sala de base", buscam-se os espaços abertos mais adequados e seguros para a realização dos vários tipos de atividades escolhidas, como lazer, cultura, sociabilidade etc.;



b) a participação nos grupos é:

- **gratuita:** apenas no caso de alguma pequena despesa eventual, o grupo discute como fazer para conseguir os recursos, podendo inclusive decidir, em comum acordo, dividir entre os participantes;
- **informada:** as pessoas devem ser informadas previamente sobre os objetivos, temas abordados, regras de funcionamento, contrato de participação etc.;
- **voluntária:** a decisão de participar do grupo é apenas pessoal; ninguém pode ser forçado a participar;
- **livre:** pode-se faltar temporariamente a vários encontros ou deixar de participar a qualquer momento, e esta interrupção não implica qualquer forma de pressão ou constrangimento, bastando para isso comunicar sua decisão aos facilitadores ou colegas de grupo.
- c) existem várias formas de participar de uma reunião de ajuda ou suporte mútuos: estar atento em silêncio, falar de si próprio, ouvir e comentar o depoimento dos colegas;
- d) os participantes devem reconhecer e respeitar o papel dos facilitadores e demais lideranças na condução do grupo;
- e) os participantes devem conhecer, discutir e ratificar o conteúdo do Contrato de Participação no grupo;

f) se o participante do grupo de ajuda mútua já presenciou dois a três encontros e deseja continuar, é recomendado o preenchimento da ficha de inscrição, pois permite aos facilitadores entrarem em contato com os participantes do grupo para qualquer comunicado ou informe;

g) os participantes, à medida de sua participação nas reuniões, devem conhecer e discutir a proposta do Plano de Crise, sendo opcional a sua adesão a este;

h) uma vez consolidado o grupo, o coletivo pode estabelecer as demais regras de seu próprio funcionamento.

5) Ficha de inscrição para o participante:

a) Nome completo:

b) Endereço completo:

c) Telefone / Celular:

d) E-mail:

e) Data de nascimento:

f) Com quem conta (nome, endereço, telefone):

g) Serviço(s) de referência (nome, endereço, telefone):

h) Técnico(s) / equipe(s) de referência (nome, endereço, telefone):

i) Medicação psiquiátrica e clínica utilizada (SOS):

j) Medicação psiquiátrica e clínica contraindicada:

k) Plano de Crise (opcional):

Informação complementar a ser preenchida pelos facilitadores:

- Área programática (AP):

- Serviço de emergência da área:

6) Contrato de regras para participação nos grupos e atividades:

O grupo é um espaço de apoio, aprendizagem e convivência construtiva entre pessoas. Aceitar as regras abaixo é condição para participar no grupo. Assim, contamos com a sua colaboração para:

a) *assiduidade*: buscar estar sempre presente nas reuniões;

b) *pontualidade*: buscar chegar sempre na hora marcada para o início da reunião;

c) *discrição e sigilo*: não divulgar fora do grupo o nome dos participantes e o que é falado dentro das reuniões de ajuda mútua. O único momento no qual esta regra pode ser rompida é quando um dos membros está pensando ou falando em prejudicar a si mesmo ou a outros, e daí a necessidade de trocar apenas as eventuais informações necessárias para melhor lhe prestar o cuidado;

d) *respeito aos valores e ausência de crítica ou julgamento* em relação ao que o outro está falando, não sendo permitida nenhuma forma de preconceito, intolerância, violência verbal ou física; em caso de não respeito a esta regra, a pessoa é convidada a sair da sala de reuniões até se recompor e não mais repetir este tipo de comportamento;

e) respeito à ordem de inscrição para as falas, registrada pelos facilitadores; a única exceção é quando temos sugestões para um melhor encaminhamento da reunião, que devem ser prontamente ouvidas.

f) *respeito pelo tempo de fala dos demais participantes*, falando nas reuniões um de cada vez, sem o monopólio da fala; no entanto, em caso de uma fala emocionada, os facilitadores podem pedir ao grupo um tempo maior para melhor escutar e acolher a pessoa;

g) *nas reuniões, não ter conversas paralelas*, para todos poderem escutar o companheiro que fala;

h) *comunicar previamente, se possível, uma eventual falta à reunião ou às atividades programadas*;

i) o facilitador também deverá comunicar e planejar previamente com os membros do grupo possíveis ausências ou interrupção do trabalho por motivo de férias ou recessos;

j) o consumo de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas é proibido durante as atividades do grupo;

k) é de responsabilidade do participante avaliar e reconhecer quando não estiver em con-



dições de participar do grupo, dada uma situação de crise instalada, e da possibilidade ou necessidade de pedir ajuda aos facilitadores ou aos colegas para cuidados especiais. Em caso de dúvidas, cabe aos facilitadores e aos demais colegas acolher e avaliar a possibilidade desta participação nas atividades, e fazer os encaminhamentos possíveis e necessários;

l) relação com temas religiosos e políticos: as práticas espirituais/religiosas e a participação social e política são partes integrantes do processo de recuperação e de exercício da cidadania. No grupo de ajuda mútua, podemos falar deles apenas enquanto vivências pessoais, mas não é permitido fazer qualquer tipo de pregação, propaganda, avaliação e crítica a crenças, religiões, partidos políticos e governos.

7) Plano e Cartão de Crise

O “Plano de Crise” constitui um conjunto de informações importantes para auxiliar profissionais e amigos a tomarem as iniciativas necessárias para o bem-estar da pessoa, em caso de surgimento de uma crise mental. Além disso, estabelece as providências que a pessoa avalia como importantes e necessárias para que sua vida não se desorganize, identificando a(s) pessoa(s) de confiança que poderão tomá-las. Ele é preenchido quando a pessoa está bem e lúcida, e deve ser discutido junto com o(s) profissional(is) mais próximo(s) e com a(s) pessoa(s) de confiança, e deverá ficar guardado no serviço no qual a pessoa frequenta regularmente.

Por sua vez, o “Cartão de Crise”, apresentado abaixo, tem apenas poucos dados, mas anuncia onde se encontra o Plano de Crise, para informações mais detalhadas. O cartão deve ser levado o tempo todo pela pessoa, junto aos documentos pessoais. Em caso de se estar em um município que já implantou o Cartão SUS, o Cartão de Crise pode ser inserido nele, devendo informar em código reconhecível pelo sistema a condição de pessoa com transtorno mental e a existência do Plano de Crise.

A melhor forma de discutir e implementar o Plano e o Cartão de Crise é fazer ao mesmo tempo a discussão do “Plano pessoal de ação para o bem-estar e a recuperação”, que está no Apêndice 1 desta cartilha. Na

verdade, o plano e o cartão são medidas para situações mais extremas, mas antes de chegar até elas é possível tomar muitas iniciativas para prevenir e atenuar uma eventual piora da qualidade de nossas vidas, que pode levar à crise.

Esta versão do plano e do cartão constitui uma primeira adaptação para o contexto brasileiro, sem qualquer pretensão de ser definitiva, sistematizada pela equipe que está desenvolvendo este projeto de forma pioneira no Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro, na cidade do mesmo nome. Cada projeto de implantação deverá fazer as modificações consideradas necessárias.



a) PLANO DE CRISE

Serviço em que o plano está registrado:

Área de residência:

Área programática de saúde (AP):

1) DADOS PESSOAIS:

Nome:

Endereço:

Telefone:

Celular:

E-mail:

Data de nascimento:

Carteira de identidade: Nº:

Órgão expedidor:

Plano de saúde:

2) DADOS SOBRE SAÚDE, SAÚDE MENTAL E CRISE:

2.1) No meu caso, a crise costuma ocorrer:

- () quando algo me faz sentir confuso.
- () quando sou pressionado ou tensionado.
- () quando durmo mal ou quando troco o dia pela noite.
- () quando estou me alimentando menos.
- () quando estou ouvindo vozes que me abordam.
- () quando me isolo dos ambientes, ou deixo de atender ao telefone, ou nem abro a porta de casa.
- () quando faço ferimentos em mim mesmo.
- () quando fico agressivo verbalmente por coisas simples ou sem motivo real.
- () quando fico agitado, angustiado.
- () quando falo compulsivamente.
- () quando perco a memória.
- () quando gasto além da conta.
- () quando gritam muito comigo
- () quando sofro violência ou segregação.
- () OU:



2.2) Como gosto de ser tratado em situação de crise:

- () não me toque, converse comigo.
- () avise _____ (nome e tel.), ele(a) me faz sentir mais calmo(a).
- () não sou violento, uma conduta baseada na cooperação funciona melhor comigo
- () me deixe quieto(a).
- () OU:

2.3) Problemas de saúde e medicações que costumo usar:

- () dor de cabeça.
- () diabetes.
- () hipertensão.
- () epilepsia.
- () asma (lembrar que pode ser confundido com ataque de ansiedade).
- () lúpus.
- () intoxicação por álcool e/ou droga.
- () OU:
- Tipo sanguíneo:
- Alergias:
- Doenças existentes:
- Limitações e deficiências:
- Medicações clínicas diárias e doses:
- Medicamentos e substâncias que não posso tomar: (ex.: anti-histamínico, remédios para enjoo, tipos específicos de analgésicos)

2.4) Medicação psiquiátrica que costumo usar atualmente e dosagem
(data de registro: __/__/__):

2.5) Medicações psiquiátricas que não posso usar e seus efeitos danosos:

2.6) Em caso de necessidade de internação:

- a) Serviço de referência e contatos:
- b) Profissionais de referência e contatos:
- c) Nos casos de não internação, gostaria de ficar com (nome e local da pessoa de contato):

d) Em caso de uma eventual crise psiquiátrica, queira entrar em contato com:

Nome:
Endereço:
Telefones:

Nome:
Endereço:
Telefones:

Nome:
Endereço:
Telefones:

e) Tarefas da pessoa de contato:

- avisar a minha família e apoiá-la;
- avisar as demais pessoas mais íntimas (amigos, colegas, vizinhos, outros parentes), sugerindo que venham me visitar;
- verificar se a minha casa ficou bem fechada, pois quando não estou bem, às vezes, esqueço dessa tarefa;
- telefonar para o meu trabalho e informar sobre a minha ausência; (**nome e telefone**)
- tomar as providências necessárias para que eu não perca os meus direitos sociais e previdenciários por motivo de doença;
- pagar as seguintes contas: (indicar quais)
- receber minha correspondência, regar minhas plantas e cuidar de meu animal de estimação;
- outra:

f) Informações clínicas:

- Tipo sanguíneo:
- Alergias:
- Doenças existentes:
- Medicações clínicas diárias e doses:

Todas as pessoas aqui mencionadas foram informadas e autorizaram que seus nomes e forma de contato fossem citados no meu Plano de Crise. E, em caso de crise, permito que consultem o meu Plano de Crise.

Data:
Assinatura:

b) CARTÃO DE CRISE:

O Cartão de Crise tem como objetivo ajudar o seu portador em situação de crise, facilitando aqueles que o acolhem a fazer o melhor encaminhamento, com mais rapidez e eficiência, e para isso é fundamental estar guardado junto ao documento de identidade do usuário, no dia a dia. O cartão está associado ao Plano de Crise que está disponível no serviço de saúde mental de referência do portador.



Nome:

AP:

Telefones:

Profissionais de referência e contato:

Serviço de referência (endereço e telefone):

Pessoa(s) de contato no serviço (nome e telefone):

Medicação psiquiátrica de uso regular:

Medicação psiquiátrica contraindicadas no meu caso:

Para maiores informações, recorrer ao Plano de Crise disponível no serviço de referência acima.

B) EXEMPLOS DE TEMAS A SEREM DISCUTIDOS NOS GRUPOS DE AJUDA E SUPORTE MÚTUOS

A experiência dos grupos de ajuda e suporte mútuos no campo da saúde mental oferece inúmeros exemplos de temas para serem discutidos nos grupos, que apresentamos abaixo, em listas separadas daqueles que emergem mais nos grupos de usuários, de familiares, e os comuns aos dois grupos. Estas listas são apenas



ilustrativas, não têm qualquer pretensão de esgotar todos os temas possíveis, e cada grupo é completamente livre para escolher seus temas.

1) Lista de temas mais comuns nos grupos de usuários:

- a) formas de estimular o bem-estar e a saúde, e de lidar com as dificuldades no dia a dia, ao alcance das pessoas (exemplo: fazer mais coisas que dão paz e diminuem a ansiedade, como caminhadas, pescar, soltar pipa, ir dançar, ir ao cinema, visitar amigos etc.);
- b) coisas e eventos da vida mais comuns que causam ansiedade e estresse, e que podem ser evitados, ou como criar estratégias para lidar com eles;
- c) sentimentos, sintomas e sinais mais comuns que indicam a proximidade de uma crise ou que a pessoa deve procurar ajuda imediata;

Obs.: sobre estes três primeiros temas, recomendamos ver o apêndice desta cartilha intitulado “Plano de ação para o bem-estar e a recuperação”.

d) relatos da experiência cotidiana dos membros do grupo sobre a convivência com o transtorno mental, sobre seus desafios e as estratégias de como lidar com eles. Este tema é o mais frequente no tipo de reuniões que chamamos de “arroz com feijão”.

- e) Plano de Crise (ver anexo neste manual sobre o tema);
- f) os cuidados necessários durante e após a internação psiquiátrica, por parte da própria pessoa, seus familiares, amigos e companheiros de grupo;
- g) boas formas de suporte e de tratamento, em serviços sociais, de saúde e saúde mental de qualidade disponíveis na região;
- h) recursos culturais, musicais, artísticos, sociais, esportivos, religiosos, comunitários e de lazer disponíveis na região e a experiência de interação social e convivência neles;
- i) como lidar com e avaliar os diferentes tipos de tratamento em saúde mental;
- j) como lidar com a medicação psiquiátrica: efeitos de cada um no corpo e na mente; ajuste dos remédios, da dosagem, e dos efeitos colaterais; as experiências informais e sem conhecimento dos técnicos, de diminuição da dosagem ou retirada, e suas consequências; como conversar e negociar com os médicos e com a equipe dos serviços sobre a medicação, etc.;
- k) como lidar com os serviços de saúde mental, com seus psiquiatras e demais profissionais, bem como com os serviços de saúde em geral; como avaliar o momento de tomar decisões mais difíceis, como mudar de profissional ou de serviço;
- l) bons cuidados com a saúde física: alimentação, atividades físicas e terapêuticas, sono, prevenção e acompanhamento de doenças crônicas etc.;
- m) a experiência de buscar uma atividade laborativa e de trabalho, capacitação e treinamento para o trabalho;
- n) os vários tipos de família e formas de viver sozinho, e a experiência de moradia; alternativas e serviços de moradia na região;
- o) a experiência de lidar com drogas lícitas (bebidas alcoólicas, café, cigarro etc.) e ilícitas.



2) Lista de temas mais comuns nos grupos de familiares:

- a) o sofrimento, dúvidas e esperanças vividas quando os serviços de saúde mental informam o diagnóstico;
- b) a procura por serviços e profissionais comprometidos com o cuidado ao longo do tempo, humanizados, competentes e capazes de um bom acolhimento e sensibilidade com os usuários e particularmente com os próprios familiares;
- c) como conversar com os profissionais sem censuras e aprender mais sobre medicamentos, os efeitos colaterais, o que se pode e não fazer, incluindo a possibilidade de expressar dúvidas e questionamentos;
- d) como reconhecer os sinais de piora no quadro do usuário e de um eventual próximo surto;
- e) a definição e a decisão do melhor momento e da melhor forma de se internar (voluntária e involuntária) o usuário, seus dilemas e consequências;
- f) a fragilidade e as necessidades próprias dos familiares durante o período da internação;
- g) a necessidade de ter um arsenal de estratégias de convivência diária, no lidar com as particularidades da relação com o usuário e com seus comportamentos mais desafiantes;
- h) estratégias de lidar com o uso frequente e abusivo de álcool e outras drogas, com suas consequências e dilemas;
- i) os enormes desafios de lidar com os comportamentos autoagressivos e suicidas;
- j) os dilemas e estratégias relacionados à recusa de tratamento e a suas consequências na piora no quadro do usuário;
- k) as diversas estratégias de lidar com os comportamentos ofensivos aos próprios cuidadores e familiares, ou como “cuidar bem de seu algoz”;
- l) como lidar com a tristeza em ver as expectativas frustradas e os comprometimentos mais acentuados da vida afetiva, social e profissional de seu familiar com transtorno;
- m) os desafios da busca e da conquista de atividades que ampliem as possibilidades de vida e que respeitem as limitações e potencialidades de seu familiar, nas áreas de tarefas do cotidiano, cultura, lazer, sociabilidade, esporte, vida comunitária, educação, trabalho etc.;
- n) como avaliar a melhor indicação e a dosagem, com o menor nível de efeitos colaterais; como conseguir a medicação e garantir a rotina que garanta o uso regular e adequado de todos os medicamentos;
- o) o reconhecimento e as estratégias de garantir o direito ao descanso, ao cuidado de si e a um projeto de vida por parte dos familiares e cuidadores;
- p) o dilema de geração na produção do cuidado, ou seja, como os familiares lidam com o medo/pavor de se confrontarem com a própria morte e com o desafio de quem e como se proverá o cuidado para seu familiar com transtorno no futuro;
- q) os desafios adicionais de lidar com usuários idosos;
- r) as dificuldades próprias dos casos que envolvem infração penal e medidas de segurança.



3) Lista de temas comuns aos grupos de usuários e familiares:

- a) como lidar com o preconceito e a discriminação contra a pessoa com transtorno mental e sua família, e como promover mudanças na comunidade e na sociedade a este respeito;
- b) direitos das pessoas com transtorno mental e de suas famílias na sociedade e junto a serviços e órgãos públicos;
- c) os direitos civis da pessoa com transtorno mental e de suas implicações na família: o que é, e como lidar com a incapacidade civil, tutela, imputabilidade (não responsabilidade por crimes) etc.;
- d) a luta política por serviços e por uma política de saúde mental na sociedade; a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial; a participação nos conselhos de política social e de saúde;
- e) como difundir a luta pelos direitos das pessoas com transtorno mental: educação política, materiais e formas de educação popular em saúde e saúde mental etc.;
- f) a luta pelos direitos civis, políticos e sociais e a aliança com outros movimentos sociais populares, partidos políticos, ONGs, intelectuais e profissionais engajados etc.

C) DEPOIMENTOS DE QUEM JÁ PASSOU PELA EXPERIÊNCIA



1. Depoimentos de pessoas com transtorno mental e outros problemas crônicos

“Primeiro preciso dizer que não gostava de grupos. No fundo me sentia em ‘tratamento’ e isso por si só me constrangia. Com o grupo de ajuda e suporte mútuos é diferente. Apesar de ter algumas regras básicas de funcionamento, o que faz com que eu participe é a minha vontade e/ou necessidade, nada mais. Não sou pressionada. E quando falo de minhas coisas não estou mais tão sozinha. Porque no grupo a minha participação faz diferença. E nesse ouvir e falar acabo descobrindo coisas e sentimentos que ajudam a melhor me conduzir num mundo de pessoas ‘normais’.

No grupo aprendi a aceitar as minhas limitações (antes chorava muito quando sem querer me faziam perceber o quanto era diferente). Aprendi que o cuidar, tratar alguém com carinho, possui uma força surpreendente, leva qualquer pessoa a realizar seu potencial mais naturalmente. E isso pode ir além do esperado.

Hoje, consigo escrever assim. Porque passei por experiências inesperadas e contei com ajuda de pessoas que apostaram em mim. E depois, pelo conhecimento que fui adquirindo aos poucos através das pessoas do grupo. Há dois anos não teria condições

emocionais de sequer começar uma linha. Fico feliz por ainda existirem pessoas que lutam para dar dignidade e voz a nós, no nosso sofrimento cotidiano, ao tentar existir e ainda realizar sonhos, apesar da sociedade ainda nos ver com olhos cautelosos e amedrontados...”

(Pessoa com transtorno mental, participante de grupo no Rio de Janeiro)

“Meu depoimento espero que sirva e seja útil para você que está me lendo agora. As coisas na minha vida não foram no começo das melhores. Se hoje estou com esse pensamento melhorado é graças a Deus e a meus amigos do grupo de ajuda e suporte mútuos, que vêm sendo sensacionais comigo, me apoiando e socorrendo nos momentos mais difíceis. Relutei muito em escrever esse depoimento, pois escrever sobre nossas dificuldades é muito complicado. Já passei por várias internações, muitas delas podendo ser evitadas se tivesse a escuta de meus amigos, mas às vezes a gente pensa que está só e não é isso que está acontecendo, e ficamos presos aos nossos conceitos de que nada tem jeito ou nos deprimimos na hora de sermos fortes. Sei que é muito difícil, mas temos que nos policiar na hora de pedir ajuda. Hoje posso sentir a ajuda de meus amigos do grupo em cada reunião. Hoje nos conhecemos se estamos nos sentindo bem ou não, dividimos alegrias e tristezas, nos sentindo como uma família. Agora já penso em trabalhar e ir adiante nos meus projetos, que não são poucos. Consigo tomar a medicação, graças aos amigos que me mostram a necessidade da mesma.

Hoje o grupo está sendo meu apoio e pretendo ser uma das participantes fiéis do grupo. Deixo registrado aqui meu muito obrigado ao grupo.”

(Usuária de serviço de saúde mental participante de grupo de ajuda mútua no Rio de Janeiro)

“No grupo podemos falar sobre agressividade, ouvir vozes, fazer nada, ociosidade, inadequação familiar e social.”

(Pessoa com transtorno mental, participante de grupo no Rio de Janeiro)

“No grupo é difícil falar de sexualidade e raiva. Os temas abordados em grupo são diversos, como família, independência, a doença em si, sintomas, trabalho, vida em geral.

Não tenho muito tempo em grupo e sou um pouco tímida com as minhas questões mais íntimas, mas o grupo ajuda a enfrentar a timidez. Eu acho que compartilhamos como lidar com os nossos sintomas e com a nossa família, pois somos todos tratados de uma maneira diferenciada.

Muitas vezes, no grupo, a história de uma pessoa te dá muitos *insights* sobre a sua própria história e isso é legal demais. Também é legal porque temos liberdade de aconselhar uns aos outros de uma maneira menos neutra e mais pessoal.”

(Usuária de serviço de saúde mental participante de grupo de ajuda mútua no Rio de Janeiro)

“Eu acho que em grupo os usuários têm mais liberdade de se expressar. Quando ele sente que uma pessoa que sofre dos mesmos males que ele começa a falar sobre seus problemas, ele meio que se identifica com esses problemas também, e aí dá aberturas para ele dizer sobre suas particularidades. Acho que um usuário incentiva o outro, pois ele vê no outro a mesma coisa que vê em você, e nisso um tenta ajudar o outro que passou ou passa pelas mesmas coisas. Em terapias individuais, muita coisa não é falada, ou não se incentiva a falar, e o profissional, apesar de ter a sua formação acadêmica, tem coisas que não aborda em terapias individuais. Existem particularidades que apenas com um usuário ou um

familiar é que se sente mais à vontade de discutir, ou simplesmente se opina pela sua experiência de vida no cotidiano psiquiátrico do lar.

Não são bem os assuntos... é a forma com que são abordados. O usuário, conforme se sente à vontade com pessoas que sofrem do mesmo modo, as coisas vão saindo naturalmente. Eu, por exemplo, quando fazia terapia individual há bastante tempo, tinha muita dificuldade de falar sobre a minha sexualidade, principalmente porque eu sofri abuso sexual quando tinha 13 anos de idade, pelo meu padrasto. Eu não conseguia me abrir com o terapeuta. Em compensação, eu falava essas coisas com usuários amigos meus, naturalmente. Acho que eu fazia isso para mostrar para eles que eu sofria muito, que eu tive muitos traumas. Era uma forma de dizer a cada um que ele não estava sozinho no barco. Eu também tive muitos problemas, principalmente familiares, e que isso não era apenas um fato que aconteceu com ele. Pode acontecer a qualquer um.”

(Usuário que participa de várias comunidades de bipolares, portadores de transtorno mental, de saúde mental e do movimento antimanicomial do Orkut)

“A experiência de validação que o grupo dá é o que o terapeuta não pode dar. No grupo você não está só, não é o único a viver isso, pode trocar experiências. Ver uma luz no fim do túnel dá esperança e ajuda a melhorar.”

(Portador de um tipo de câncer severo, operado, que participa de um grupo de troca de experiências pela internet)

“Então, nessa clínica onde tinha o psiquiatra que me atendeu, eles tinham um grupo que se reunia uma vez por mês, era um grupo de ajuda mútua entre os usuários e os profissionais de saúde, os profissionais de saúde sendo um psiquiatra, um psicólogo e um enfermeiro. Foi ali que eu comecei a aprender o que

significava medicamento, o que era a doença mental, por que lá já existiam pessoas que se tratavam há dois, cinco anos. Gente alta, baixa, gorda, pobre, rica, era um grupo de vinte a trinta pessoas, todas com transtorno bipolar. Então comecei a conhecer pessoas, fazer amizades, foi muito interessante. Ali surgiu o convite para eu participar do PA (Psicóticos Anônimos), outra experiência mais interessante do que a do hospital, porque não tem o profissional de saúde, são só os portadores de transtorno mental, pessoas com todos os tipos de transtorno, e aí eu percebi coisas novas. Ali era vida, troca, a gente olhava a vida de forma diferente.

(...) Então, o que está faltando é o equilíbrio emocional, o contato humano, e eu senti que aquele grupo (agora um grupo de teatro) era o ambiente para eu começar essa construção. Saquei que ali era o lugar pra eu ser diferente, as pessoas não se chocavam e a gente brincava também. Ali a gente canta, pinta, toca e conhece pessoas ótimas.

(...) Depois que eu comecei a participar do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), alguém me convidou para participar da Associação de Usuários – ‘estou precisando de ajuda, para mexer no computador, para trabalhar’. Eu disse: ‘Olha, eu não levo jeito para trabalhar na rua, para pedir dinheiro, mas gosto dessa coisa interna’. Então fui, fiquei lá como vice-secretário da Associação, e aí depois eu entrei em contato com todas as outras coisas, a Luta Antimanicomial, esses encontros, a conferência. Tudo foi resultado desse passo de deixar de olhar só para a minha dor e perceber que a dor dos outros é parecida com a minha. Então, vale a pena estar junto, vale a pena lutar, o processo é isso...”

(Usuário de serviço com participação em vários tipos de grupos de ajuda e suporte mútuos, de associação de usuários e familiares, bem como do movimento antimanicomial, em Florianópolis)⁷



“(No grupo) posso falar alguns assuntos: criar família (se casar), não namorar, mas casar, ter casa e uma rotina; emprego remunerado; como falar para as pessoas que fazem tratamento psiquiátrico; aceitar a sua crise. Estes são alguns temas que eu acho que percorrem os usuários com quem eu convivo, e que não é muito comentado com os técnicos. Outros temas que conseguimos falar são: lazer, amizades perdidas, abandono.

Não sei. Posso pensar e depois te passo mais alguma coisa caso eu me lembre.

Um beijo grande e muita paz.”

(Pessoa com transtorno mental e participante do movimento antimanicomial no Rio de Janeiro)

“As oficinas eram de produzir cartões, produzia trabalho com cestaria, trabalho de artesanato, várias coisas. A gente produzia lá na pensão e depois vendíamos o material produzido. A partir daí, vários pacientes saíam do hospital-dia e foram para as oficinas, a maioria dos oficineiros eram usuários da pensão protegida. Com isso, a oficina saiu dali e foi para um centro de reabilitação profissional que foi aberto para pessoas de saúde mental de Porto Ale-

ventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental (org. de E. M. Vasconcelos e outros, São Paulo, Hucitec, 2006, p. 144).

⁷ Trechos de Nilo Marques de Medeiros Neto, no livro *Rein-*

gre. Então comecei a fazer cartões, cartolina, cestaria, e aí eu comecei a ter uma ocupação. A ideia da oficina é reinserir as pessoas na sociedade através do trabalho.

Nós confeccionávamos em cada oficina, e depois vendíamos e rachávamos o dinheiro. Ganhávamos uma quantia de dinheiro pequena, simbólica, e isso era importante porque dava o significado da importância do trabalho, seja um real, dois reais, mas dava sensação de utilidade. Foi então que conheci o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, um movimento que é formado por pacientes, familiares e profissionais, com essa nova visão, com esse novo modelo de atendimento, e passamos a lutar também pela inclusão dos usuários de saúde mental na sociedade. Quando nesse movimento, pela primeira vez na vida, fui coordenador de fórum. As crises não acabaram, mas começaram a diminuir porque eu tinha uma ocupação, trabalhava na secretaria do fórum anotando os recados.

Aí comecei a sentir que não ficava em casa o dia todo, que tinha um local para ir. O movimento e o fórum são minha vida. Embora hoje eu não tenha uma profissão, consegui através do movimento antimanicomial e do fórum um trabalho voluntário.”

(Usuário participante do movimento antimanicomial em Porto Alegre)⁸

⁸ Trechos de Paulo Roberto Peres Michelin, no livro *Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental* (org. de E. M. Vasconcelos e outros, São Paulo, Hucitec, 2006, p. 214-15).



2. Depoimentos de familiares de pessoas com transtorno mental

“Conheci o grupo de ajuda e suporte mútuos através de uma mãe do grupo de família, que conhecia bem minha situação naquele momento muito difícil. Procurei ajuda destes profissionais do grupo de ajuda mútua no momento mais crítico da minha vida, o falecimento do meu filho. Fui muito bem acolhida, amparada pelos profissionais, que com grande sabedoria me ajudaram a enfrentar as lembranças do meu filho sem chorar, ou conseguir chorar menos. Gostaria que mais pessoas fossem beneficiadas com o apoio deste grupo. Quando vejo uma pessoa com transtorno mental vagando pelas ruas, fico mal, vem logo o pensamento de como deve estar a mãe dele. Podia também estar no grupo de ajuda e suporte mútuos. No grupo se encontra amigos diferentes daqueles que fugiram, ao perceberem que já estávamos diferentes. Participar do grupo de ajuda e suporte mútuos é muito importante para mim. Comparo nossos encontros às minhas idas à casa da vovó, lá eu tinha todo apoio, e ela, com sua sabedoria, me dizia palavras que no momento eu não entendia muito, mas que são importantes para mim até hoje.”

(Mãe participante de grupo de familiares no Rio de Janeiro)



“No meu terapeuta eu falo tudo! Mas no terapeuta de família, no psiquiatra do meu filho ou psicólogo dele não consigo falar do fastio que dá às vezes, da raiva, do medo que a gente tem que volte tudo, que eu tenho de morrer e quem vai cuidar, de que faço qualquer coisa para não deixar acontecer de novo outras crises.

Eu não me mostro tão onça, tão valente e, ao mesmo tempo, com tanto medo. Eles interpretam tudo e ficam tentando consertar em mim uma coisa que é, muitas vezes, só catarse ou uma bobeira. O grupo sabe mais me interpretar e é o meu time, jogando juntos, nossos gols são comemorados por todos, os outros terapeutas parecem com a comissão técnica e os juízes.”

(Mãe frequentadora do Grupo Alento no Rio de Janeiro)

“Penso que no grupo de mútua ajuda o usuário ou o familiar podem perguntar, saber mais, sobre o drama deles com a pessoa que passaram ou passam por experiência semelhante. Acho que podem ficar sabendo melhor sobre o seu problema, conhecendo situações parecidas, comparando. Podem saber como evitar conflitos, crises. Avaliar suas situações, dando a ela uma dimensão real e objetiva (não é o único que passou por isso...).

Se for colocar em ‘temas’, poderia ser:

a) Qual a dimensão real do meu problema, considerando as outras famílias?

b) Como posso conhecer mais o meu problema?

c) Como posso, a partir da experiência dos outros, evitar crises? Me desenvolver nos estudos, trabalhos de cooperativa,...?

A terapia individual é fundamental e boa, mas ocorre que o terapeuta não pode ficar esclarecendo o paciente sobre a doença, ou informando o que ocorre com os outros...

Assim, o grupo de mútua ajuda é muito bom, e supre um vazio. Mas a terapia individual deve sempre existir paralelamente.”

(Filho, cuja mãe foi portadora de transtorno mental, participante do Grupo Alento no Rio de Janeiro)

“Por motivos de ordem particular frequentei apenas três sessões do grupo. Essas três sessões em muito ajudaram a mim e à minha esposa a convivermos com o problema de saúde mental de meu filho, levando-nos a adotar procedimentos aprendidos com os demais participantes. O maior aprendizado, contudo, foi o de não esmorecer perante as dificuldades. Isto aprendi com a garra dos outros participantes.”

(Familiar do Grupo Alento no Rio de Janeiro)

“Para mim, em primeiro lugar, busquei a informação: como lidar com o doente, quais as saídas possíveis para as situações fora de comum que se apresentam no dia a dia. Achava que também encontraria uma fórmula mágica que faria com que meu filho aceitasse a medicação. Mas, com o tempo, percebi que não existe esta fórmula, que cada caso é um caso, e que a resposta pode demorar muitos anos para ser encontrada. A gente também aprende que a solidariedade é algo muito bom de se receber e de se dar. E que o grupo é composto, também, de pessoas especiais, que possuem uma dose de afeto e carinho muito grande.”

(Mãe participante do Grupo Alento no Rio de Janeiro)



“Há algum tempo vimos frequentando um grupo de ajuda mútua para familiares por convivemos com filhos portadores de transtornos mentais. No início, sentíamos-nos desamparados, isolados, sem possibilidade de trocar experiências com outras pessoas, até familiares mais distantes. Os contatos com os técnicos não bastavam, eram (e são) uma troca de informações reduzida a perguntas e respostas sobre os efeitos da medicação.

Foi no encontro com outros familiares e com as psicólogas que nos acompanham que pudemos crescer nesta trajetória que a vida nos impôs. Não só vimos obtendo toda gama de informações, mas também trocando afeto, tristeza, alegria, compaixão, humanidade. Ao longo deste tempo, percebemos que não devemos esperar pela luz no fim do túnel, mas descobrir quando ela pisca ao longo do caminho.

Somos gratos a todos os nossos companheiros de jornada.”

(Casal participante do Grupo Alento no Rio de Janeiro)

“Participar de um grupo de mútua ajuda é um procedimento enriquecedor. Pelas descobertas. Você descobre que outros sofrem da mesma dor que a sua, talvez maior, e deixa de ser O Crucificado. Você descobre a solidariedade dos seus pares e deixa de ser O Sozinho. Você descobre que o eco dos seus lamentos lhe é devolvido modificado pela compreensão, pela aceitação, pelo afeto coletivo, e deixa de ser O Desconsolado. Você descobre que gente sofrendo continua sendo gente, que pode, deve amar e ser O Amado. Por aí vai, *ad infinitum*...”

(Mãe participante do Grupo Alento)

“A primeira coisa é dizer que não sei há quanto tempo convivo com eles... uns dois anos, provavelmente, mas quem tem familiar com um distúrbio mental conta o tempo por surtos, por internações, por lágrimas, por decisão de que “de-agora-em-diante-vou-agir-diferente”, de muita esperança, de tentar não se culpar, de não culpar ninguém, de tempo em que parece que tudo passou e de tempo que é só tempestade...

Pois é, vivo assim, e conto com meu grupo que chamo de “meus maluquinhos” – porque temos que ser para continuarmos a dar a próxima respirada e não achar que, porque o filho não vive o que você sonhou que era uma via normal, você precisa parar de respirar, que não tem direito a dar uma gargalhada, nem de se amar e amar aos outros que te rodeiam...

Agora temos esse nome: ALENTO. O dicionário fala de coragem, ânimo, esperança, sustento, inspiração, força e até respiração (como lá entrei sem a minha!).

O som de Grupo ALENTO nos remete a agrupamento, que é aconchego, que é quem pode se chegar, quem consegue chegar e ficar; remete também a aleitamento, pois bebemos uns dos outros o leite da vida que não conseguimos viver plenamente, nos alimentamos das tristezas e superações e experiências e alegrias uns dos outros.

Não poderia trocar meu filho por nenhum outro, não existe loja para isso, adoro cada pedacinho dele. Suas “maluquices” são familiares e até concordo com algumas. Precisava que ele amadurecesse para aderir ao tratamento.

Entendi isso com meus amigos, dividindo seus filhos com eles e os amando e, mais do que tudo, olhando seus olhos de medo e de força e de coragem.

Agradeço a Deus tê-los encontrado!”

(Mãe participante do Grupo Alento no Rio de Janeiro)

D) SUGESTÕES DE MÚSICAS PARA ABERTURA E FINAL DE REUNIÃO

As músicas para grupos de ajuda e suporte mútuos devem ser bem escolhidas e representativas da cultura popular brasileira e da própria região. Devem ter letras poéticas ricas que façam alusão ao processo de busca pessoal e de viver bem, que estimulem a busca e o cuidado de si, a luta pela justiça e a renovação da vida, a solidariedade, a amizade, o amor etc. Também devem ser bem conhecidas, atuais e fáceis de cantar. Os grupos devem estimular seus membros a trazerem as músicas atuais e com as quais se identificam e gostam de cantar, construindo um acervo coletivo de letras. Enquanto isso não acontece, listamos abaixo algumas indicações de títulos, do cantor principal (primeiro nome) e dos autores da música e da letra (nomes entre parênteses) de músicas com as características acima, apenas como exemplo, mas há inúmeras outras por aí, basta pesquisar ou, apenas, se lembrar, cantar e... passar para o papel, para levar para os demais companheiros.

Na verdade, gostaríamos de poder apresentar aqui as próprias letras das músicas, mas as atuais leis brasileiras sobre direitos autorais exigem que a divulgação de letras em publicações formais, como nesta cartilha, tenha uma permissão prévia e expressa dos autores de cada uma delas. Contudo, isso não impede que os grupos de ajuda e suporte mútuos possam pesquisar (por exemplo, na internet) as letras das músicas que gostem, e as reproduzir informalmente, através de cópias reprográficas, desde que estas cópias informais não sejam vendidas para os usuários, ou seja, que esta divulgação seja apenas para uso interno e sem fins lucrativos.

Caçador de Mim – Milton Nascimento (Luís Carlos Sá e Sérgio Magrão)

O Cio da Terra – Milton Nascimento (Milton Nascimento e Chico Buarque)

Certas Canções – Milton Nascimento (Tunai e Milton Nascimento)

Canção Amiga – Milton Nascimento (Carlos Drummond de Andrade)

Canção da América – Milton Nascimento (Fernando Brant e Milton Nascimento)

Comunhão – Milton Nascimento (Milton Nascimento e Fernando Brant)

Credo – Milton Nascimento (Milton Nascimento e Fernando Brant)

Coração Civil – Milton Nascimento (Milton Nascimento e Fernando Brant)

Bola de Meia, Bola de Gude – Milton Nascimento (Milton Nascimento)

Azul da Cor do Mar – Tim Maia (Tim Maia)

Meu Mundo e Nada Mais – Guilherme Arantes (Guilherme Arantes)

Novo Tempo – Ivan Lins (Ivan Lins e Vitor Martins)

Tu Vens – Forrueiros



Frevo Mulher – Zé Ramalho (Zé Ramalho)

Quem Tem a Viola – Boca Livre e 14 Bis (Zé Renato, Xico Chaves, Cláudio Nucci e Juca Filho)

Entre a Serpente e a Estrela – Zé Ramalho (Paul Fraser e Terry Stafford, versão Aldir Blanc)

Tocando em Frente – Almir Sater (Almir Sater e Renato Teixeira)

A Terceira Lâmina – Zé Ramalho (Zé Ramalho)

Sobradinho – Sá e Guarabyra (Sá e Guarabyra)

Nova Manhã – 14 BIS (Flávio Venturini, Vermelho e Tavinho Moura)

Nuvem Passageira – Hermes de Aquino (Hermes de Aquino)

Vida de Gado – Zé Ramalho (Zé Ramalho)

Alegria, Alegria – Caetano Veloso (Caetano Veloso)

Aquarela – Toquinho (Toquinho, Vinicius de Moraes, G. Morra e M. Fabrizio)

Maluco Beleza – Raul Seixas (Cláudio Roberto e Raul Seixas)



APÊNDICE 1

Plano pessoal de ação para o bem-estar e a recuperação¹

Eduardo Mourão Vasconcelos

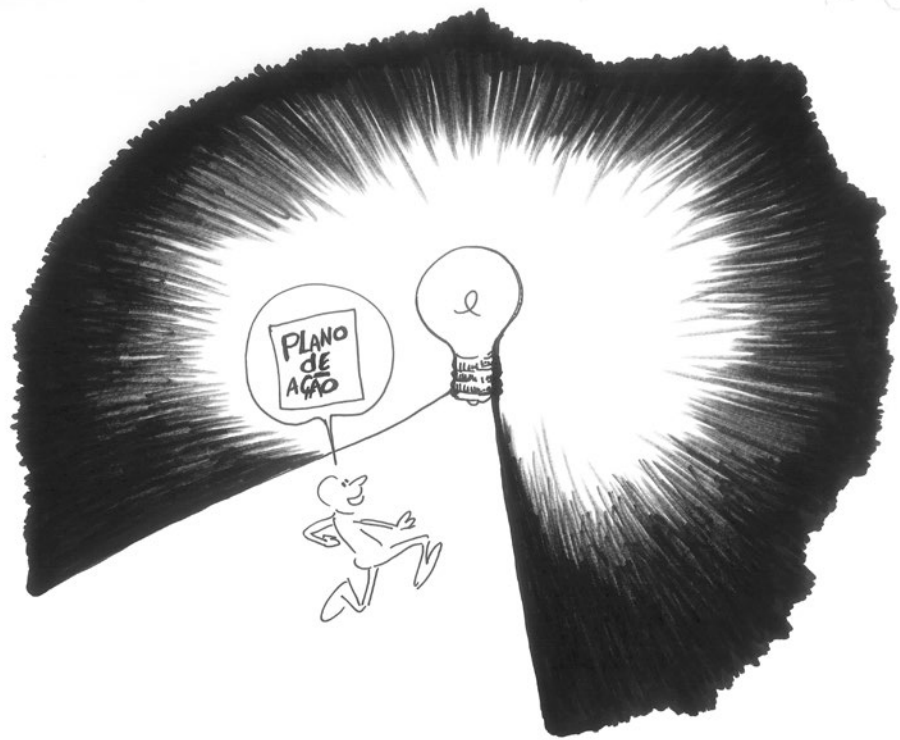
Apresentação

Este texto, em primeiro lugar, visa apresentar um material importante para as reuniões temáticas de grupos de ajuda mútua para pessoas com transtorno e usuários de serviços de saúde mental. Contudo, tem objetivos ainda mais amplos e importantes: a partir de sua discussão nestes grupos, o de possibilitar a cada pessoa construir ele mesmo um plano pessoal de ação concreta para desen-

volver o seu bem-estar e para prevenir recaídas e crises. Apesar de ter o seu foco principal no usuário, muitas das sugestões listadas aqui são úteis também para os familiares, trabalhadores de saúde e saúde mental, e para todas as pessoas em geral. No caso de familiares de pessoas com transtorno, estas recomendações podem ser interessantes não só para si mesmos, mas também para melhor cuidar e dar suporte ao membro da família com transtorno mental.

Através das estratégias sistematizadas abaixo, cada usuário ou pessoa será estimulada a:

a) identificar e listar coisas e atividades simples e cotidianas que consideramos saudáveis, de que gostamos, e que promovam positivamente o nosso



¹ Este texto se baseia no trabalho desenvolvido pelo movimento de usuários dos Estados Unidos, sistematizado por Copeland e Mead (COPELAND, ME; MEAD, S. Wellness recovery action plan and peer support: personal, group and program development. Dummerston

[Vermont, USA], Peach Press, 2004). Esta foi mais uma indicação importante de Richard Weingarten, nosso parceiro neste projeto, autor de uma das apresentações desta cartilha, e quem também revisou a versão final do texto apresentado neste apêndice.

bem-estar subjetivo e existencial, no sentido de estimular cada um de nós a realizá-las mais frequentemente. Nesta lista, podemos também incluir coisas e atividades que não nos fazem bem, que aumentam a ansiedade e a angústia, e que portanto devem ser evitadas. A esta lista daremos o nome de **“caixa de ferramentas de bem-estar”**, e as ações sugeridas serão chamadas de **“plano de manutenção diária”**;

b) identificar e listar processos, eventos ou circunstâncias externas a cada um de nós, que, ao acontecerem, podem ter efeitos ou produzir sintomas desconfortáveis, podendo levar ansiedade, angústia, estresse etc. Se nós não respondermos ou lidarmos bem com estas situações, elas podem efetivamente levar a uma piora de nosso estado e saúde. A esta situações nós chamaremos **“disparadores”**, e para eles podemos também preparar um **“plano de ação para os disparadores”**;

c) reconhecer e listar os **“sinais de alerta”**, ou seja, aqueles sinais de que nossa situação subjetiva e pessoal não está bem. Eles normalmente são internos a cada pessoa, e podem estar relacionados ou não aos disparadores externos indicados acima. Neste caso, a caixa de ferramentas e os planos de manutenção e de ação para disparadores acima precisam ser revisados para lidar com tais situações.

d) reconhecer os sinais e sintomas de **“quando as coisas estão mal”**, ou seja, apesar de todos os nossos esforços, os nossos sintomas estão piorando, ficando muito desconfortáveis, sérios e até mesmo perigosos. Entretanto, nós ainda podemos tomar algumas iniciativas e ações, para prevenir a crise, criando um **“plano de emergência”**.

As estratégias indicadas aqui foram sistematizadas por algumas lideranças de usuários (COPELAND, 2002) com base na **experiência acumulada pelo movimento de usuários e de familiares dos Estados Unidos**, já com uma longa história de lutas (WEINGARTEN, 2001). Foram divulgadas e testadas



em nossos grupos de usuários e familiares, e particularmente os usuários brasileiros que as conheceram, as avaliaram como extremamente úteis e importantes.

Além disso, para nós, este plano de ação é muito importante para enfatizar um princípio que é muito caro para nós, e que já indicamos várias vezes em nosso manual: **ajuda e suporte mútuos não constituem uma “terapia”**, o que em quaisquer circunstâncias só pode ser realizada por profissionais habilitados. A ajuda mútua significa trocar experiências e informações, fazer amizades e dar apoio emocional aos companheiros, mas **lidando apenas com questões muito concretas do dia a dia**. Acreditamos que os exemplos abaixo ajudam muito a ilustrar esta característica da proposta.

Cabe lembrar, porém, que não há qualquer pretensão aqui de ser exaustivo, de esgotar todas as possibilidades de temas e estratégias. O que listamos abaixo constitui apenas uma parte muito pequena de um conjunto mais amplo de assuntos, temas, problemas e estratégias que os grupos de ajuda e suporte mútuos podem discutir e direcionar para ações práticas. Para ter uma ideia um pouco mais ampla

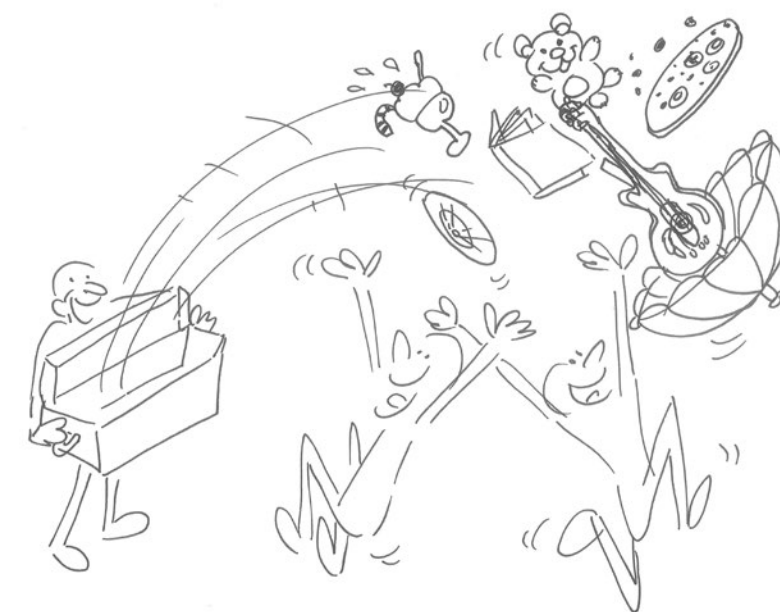
das possibilidades, os leitores devem procurar as diversas seções de nosso manual, embora também lá não haja a pretensão de exaustividade.

Outra observação importante diz respeito ao seguinte: **os exemplos dados aqui não constituem de forma alguma prescrições e recomendações prontas**. São apenas exemplos e ilustrações de como podem funcionar as conversas e sugestões nos grupos, e **cada um é convidado a fazer seu próprio plano pessoal**, que é apenas indicativo, não prescritivo, e deve ser revisado regularmente.

Nos grupos, as indicações são dadas a partir da experiência individual e coletiva dos participantes, mas cada pessoa deve buscar em sua vida ir testando apenas aquilo que faz sentido para si próprio, que corresponde ao seu desejo e a suas características pessoais. Portanto, **as atividades de ajuda e suporte mútuos devem estimular um reconhecimento cada vez maior da individualidade e singularidade de cada pessoa**.

Nesta mesma direção, os grupos visam também desenvolver a autonomia e a independência pessoal

dos usuários e dos familiares que deles participam. Como colocamos no manual, nos grupos o processo busca “desmistificar” gradualmente a vida emocional, como se fosse algo que só os especialistas entendem e pudessem atuar sobre ela. A prática da ajuda mútua visa então, sem desqualificar a esfera da competência e dos serviços profissionais, respeitar e valorizar a própria experiência de vida, o conhecimento e os recursos mútuos dos participantes dos grupos, os transformando aos poucos em pessoas cada vez mais capazes de definir estratégias de vida para si mesmos e de dar um suporte importante para as questões do dia a dia aos demais colegas usuários e familiares. Assim, gradualmente, se vivencia aquilo que chamamos de “a união faz a força”: superar o sentimento de desvalorização e a ausência de poder perante os serviços, estimulando a autoestima, a força interior, o poder de ajudar os colegas usuários ou familiares, o desenvolvimento de iniciativas e projetos de suporte mútuo, a luta pela defesa dos direitos, por mudanças na concepção e na prática dos serviços e na relação de poder dentro do sistema de saúde mental e na sociedade mais ampla.



1) Desenvolvendo uma “Caixa de Ferramentas de Bem-Estar”

Na experiência norte-americana, esta deve ser uma lista de coisas simples ou até mesmo mais complexas que você vem fazendo até hoje, ou que já poderia ter feito e não fez, para se ajudar a ficar bem ou se sentir melhor quando você não está legal.

Liste então estratégias e habilidades que você usa ou pode usar no dia a dia para se manter bem ou para aliviar os seus sintomas mais problemáticos. Inclua coisas que você já fez no passado, ou que você escutou de alguém ou já pensou que poderiam ser úteis, ou ainda que foram recomendadas por seus amigos, familiares e pelos profissionais de saúde e saúde mental, e que você acha interessante experimentar. Como indicamos em cada um dos quadros, e fazemos questão de dizer isso também aqui, antes de apresentá-los, os exemplos abaixo são apenas ilustrativos, podem até ser levantados e discutidos em grupo, mas cada um deve traçar seu próprio perfil pessoal. Isso é muito importante, porque os caminhos da vida e do processo de recuperação em pessoas adultas não podem ser indicados previamente por ninguém, e devem ser fruto da escolha de cada um, na busca de sua própria individualidade e autonomia.

Caixa de Ferramentas de Bem-Estar: “atividades para serem cultivadas”

Exemplos de coisas que fazem bem, mas cada pessoa deve montar sua própria lista:

- conversar com um amigo mais próximo;
- ir a um bar, restaurante, praça pública ou casa de um amigo se encontrar com os demais companheiros e “jogar conversa fora”;
- buscar um profissional de saúde ou profissional de referência em seu serviço;
- frequentar e/ou conversar com alguém de referência de sua religião ou igreja;
- realizar técnicas corporais, de relaxamento ou massagem;
- praticar técnicas de meditação;
- escrever um diário ou caderno de anotações pessoais;
- realizar atividades recreativas, criativas, artísticas ou de lazer (ex.: soltar pipa; pescar; ir à praia; dar uma volta na Lagoa, dançar, tocar um instrumento etc.);
- fazer atividades ou exercícios físicos;
- escutar músicas que te fazem bem;
- sair de casa e ir ao cinema, teatro, museu ou exposição de artes;
- andar, fazer passeios sozinho ou com amigos;
- aperfeiçoar os hábitos alimentares;



- descansar e dormir mais e melhor;
- tirar alguns dias fora da rotina diária e do trabalho para viajar, descansar e passear; ter férias regulares;
- tomar regularmente os remédios recomendados;
- participar de um grupo de ajuda e suporte mútuos, e praticar estas estratégias com companheiros, individualmente ou com suas famílias;
- buscar desenvolver uma atividade de trabalho da qual você goste, lhe dê reconhecimento social e lhe remunere de acordo com suas expectativas e necessidades;
- participar de atividades comunitárias, sociais e políticas, contribuindo para o bem-estar da coletividade, e contra as formas de opressão e discriminação;
- ir regularmente aos serviços de sua referência e estar com os profissionais mais próximos a você, bem como com seus colegas e companheiros de atividades comuns;
- buscar uma segunda opinião sobre algum problema de saúde ou saúde mental;
- escolher bem os amigos, valorizando aqueles que são mais positivos e alegres;
- ter e vestir roupas que o façam sentir melhor e mais alegre;
- se dar tempo para olhar fotos antigas, livros de arte, diários e anotações pessoais;
- fazer uma lista de conquistas pessoais;
- fazer alguma coisa que você saiba que lhe dá prazer, bom humor e satisfação;
- conseguir fazer coisas que precisam ser feitas em casa ou no trabalho, que são sempre adiadas e que acabam incomodando;
- tomar um bom banho quente e relaxante, com toda a calma, ou ir a uma sauna etc.

Podemos também construir uma lista de coisas que sabemos que não fazem bem, e que podem ser evitadas:

Caixa de Ferramentas de Bem-Estar: “atividades para serem evitadas”

Exemplos de coisas que podem não fazer bem, mas cada pessoa deve montar sua própria lista:

- evitar uso abusivo de substâncias que podem estar lhe prejudicando, como bebidas alcoólicas, açúcar, doces e cafeína;
- evitar virar noites seguidas e dormir pouco;
- evitar as pessoas que lhe deixam ansioso(a) etc.

Como nos Estados Unidos, sugerimos que os grupos de usuários e familiares discutam este tema e que estimulem seus participantes a montar listas pessoais como estas e tê-las sempre à mão, no dia a dia.



2) “Plano de Manutenção Diária”

Se você fizer algum esforço, certamente se lembrará de coisas que precisa fazer diariamente para manter seu bem-estar. Na experiência norte-americana, os grupos sugerem que seus participantes escrevam isso e se lembrem desta lista no dia a dia, como algo que ajuda na conquista de bem-estar. Esta lista constitui então um ‘Plano de Manutenção Diária’, que pode ajudar você a reconhecer e se lembrar daquilo que lhe faz cada vez mais saudável e independente, e ir assim planejando o seu dia a dia. De forma similar, se as coisas estavam bem até recentemente, mas você agora nota que está começando a se sentir pior, é importante ter uma referência para lembrar o que você fez para se sentir melhor.

A estratégia de um plano pode parecer uma coisa simplista ou ridícula, e alguém pode até achar que não precisa formalizá-lo. Entretanto, na experiência nos EUA e nos testes que fizemos no Brasil, consideramos que esta é uma estratégia que pode ser importante no processo de cuidar de si mesmo e de ir ganhando cada vez mais autonomia pessoal.

A primeira fase da proposta consiste em se fazer uma lista que descreva você mesmo nos momentos em que se sente melhor, na forma de coluna. Podemos chamar esta lista de “Como eu sou quando estou me sentindo bem”. Exemplos de possíveis características pessoais:

Plano de Manutenção Diária 1: “Como eu sou quando estou me sentindo bem”

Estes são só exemplos, cada um deve montar sua própria lista pessoal:

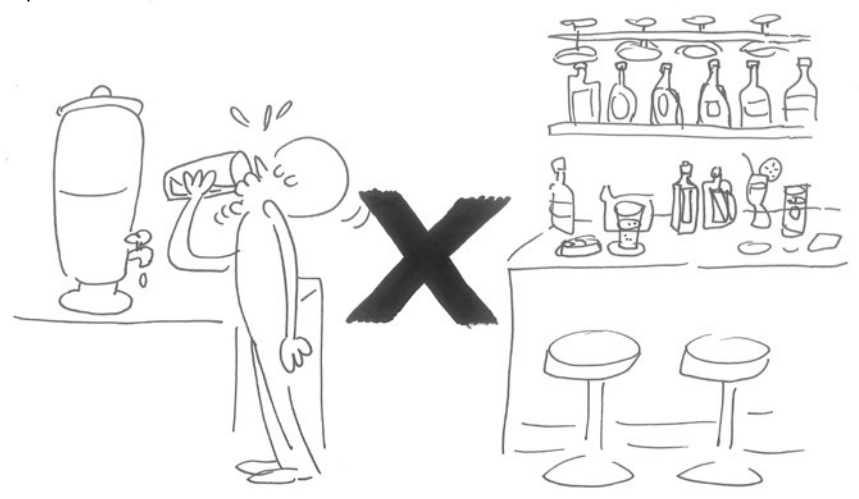
Alegre	Com bom humor
Otimista	Energético
Ativo	Curioso
Responsável	Calmo etc.



Em um momento em que alguém não está bem, essa lista ajuda a lembrá-lo(a) de como é se sentir bem.

A segunda fase da proposta é então fazer uma lista de coisas que você sabe que o(a) mantêm bem a cada dia. Naturalmente, elas devem levar em conta as recomendações das ciências da saúde e da saúde mental, as características de sua própria cultura, mas elas devem ser sempre diferentes para cada pessoa e constituem a marca de cada individualidade.

Lembramos que as indicações a seguir são apenas ilustrativas, pois cada um deve estabelecer seu próprio caminho e perfil.



Plano de Manutenção Diária 2: “Coisas que me mantêm bem a cada dia”

Estes são só exemplos ilustrativos, cada um deve montar sua própria lista:

- comer pelo menos três refeições diárias de qualidade;
- evitar comidas prontas e salgados gostosos, mais gordurosos e de qualidade duvidosa;
- evitar excesso de cafeína, açúcar, bebidas alcoólicas, comida pronta de má qualidade etc.;
- tomar pelo menos dois litros de água por dia;
- fazer alguma atividade física diariamente ou pelo menos três vezes por semana;
- tomar um pouco de sol durante o dia ou semana;
- tomar os remédios regularmente;
- buscar no trabalho aquelas atividades que mais têm a ver com seu desejo e satisfação;
- ter algum tempo durante o dia para relaxar e curtir a vida;
- evitar deixar a casa, o quarto ou a mesa de trabalho muito bagunçados e caóticos, pois refletem o nosso espaço interno;
- ler ou escutar notícias sobre o mundo e a cidade;
- ter um tempo no dia ou na semana para desenvolver ou presenciar alguma atividade criativa ou artística (desenho, pintura, música, cinema, teatro, museu, dança etc.);
- dar tempo para ajudar ou conversar com amigos, familiares, namorado(a) etc.

Assim, estas duas listas constituem o que chamamos de “Plano de Manutenção Diária”.

3) “Disparadores” e “Plano de Ação” para enfrentá-los

“Disparadores” são processos, eventos ou circunstâncias externas a você que, ao acontecerem, podem produzir efeitos ou sintomas desconfortáveis, que podem levá-lo a ficar triste ou mesmo gerar muito estresse. Estas são reações normais aos eventos mais desagradáveis do dia a dia, mas, se não respondermos ou lidarmos com elas de alguma forma, elas podem efetivamente levar a uma piora de nossa situação.

Na experiência dos grupos de ajuda e suporte mútuos, a consciência dos eventos e processos que tocam a nossa sensibilidade e o desenvolvimento de planos para lidar com os disparadores que nos atingem aumentam a nossa capacidade de enfrentá-los e constituem uma estratégia para evitar o desenvolvimento de uma crise com sintomas e desdobramentos mais graves.

Para isso, sugere-se a cada um se lembrar dos possíveis disparadores que poderiam lhe acontecer, ou dos quais você já teve experiência no passado.



“Disparadores”

Esta lista é só ilustrativa, monte a sua própria:

- passar pelo aniversário de perdas difíceis ou de experiências traumáticas do passado;
- passar por coisas ou circunstâncias que lembram experiências anteriores de abandono ou privação;
- viver eventos traumáticos que podem ocorrer no dia a dia, como, por exemplo, agressividade, assalto, furto, comportamento violento, violência física ou sexual etc.;
- ter pressão demasiada no trabalho;
- perder o trem ou ônibus quando você não poderia, pois teria que chegar na hora;
- ter problemas financeiros;
- ter problemas de saúde;
- ter problemas de saúde e não conseguir tratamento adequado e de qualidade;
- ser maltratado em serviço de saúde ou saúde mental;
- acontecer conflitos com a família ou com o(a) namorado(a) ou companheiro(a);
- viver uma separação de pessoa muito querida ou final de relacionamento amoroso;
- ser submetido(a) a atitudes e comportamentos de discriminação ou humilhação;
- se esquecer de tomar a medicação regularmente, provocando a volta dos sintomas etc.

Se algumas destas coisas acontecer, você pode tomar uma série de medidas e iniciativas, e pode ser interessante listá-las em um “Plano de Ação para os Disparadores”. Como nas anteriores, esta lista deve refletir as suas qualidades e experiências pessoais.

“Plano de Ação para os Disparadores”

Estes são só exemplos, crie sua própria lista:

- buscar imediatamente um lugar ou pessoas com as quais você se sinta protegido e acolhido;
- buscar conversar com seu profissional de referência e contar tudo o que aconteceu e o que você está sentindo;
- buscar ajuda e orientação em grupos, serviços e entidades adequadas para defender seus direitos;
- fazer exercícios de respiração e relaxamento antes de tomar qualquer medida establanada, sem refletir;
- conversar com seus amigos e companheiros mais próximos, desabafar e buscar sugestões de como agir;
- sair para andar um pouco, pensar com mais calma antes de tomar alguma medida apressada;
- escutar uma música calma, relaxar um pouco, e pensar com mais tempo no que fazer;
- apesar das dificuldades, não deixar de fazer as coisas do plano de manutenção diária etc.



4) Primeiros “Sinais de Alerta”

Os “sinais de alerta” normalmente são internos a cada pessoa, e podem estar relacionados ou não aos disparadores externos indicados anteriormente. Às vezes, mesmo que se realizem vários dos esforços ilustrados acima para reduzir o desconforto e sintomas desagradáveis, eles podem continuar e em certos casos até mesmo terem intensidades e frequência cada vez maiores, exigindo ações e iniciativas mais fortes. Rever os possíveis primeiros sinais de alerta pode nos ajudar a reconhecê-los mais facilmente em cada um nós, nos permitindo tomar atitudes e ações antes que eles piores. Assim, sugere-se listar os principais exemplos destes sinais. Como ilustração desta lista, que chamaremos de “Sinais de Alerta”, podemos citar:

“Sinais de Alerta”

- Lembre-se de que são só exemplos, e que cada pessoa deve montar sua própria lista:
- ansiedade, frustração e angústia muito intensas;
 - ondas muito fortes de suor, aparentemente sem razão;
 - memória muito fraca;
 - nervosismo e irritabilidade muito fortes;
 - grande dificuldade em sentir prazer e alegria;
 - falta de motivação, inclusive para as coisas importantes do plano de manutenção diária;
 - sentimento duradouro e muito forte de negatividade, de inadequação, de tristeza, depressão, frustração e rejeição, ou, ao contrário, se sentir animado e excitado ao excesso e de forma prolongada;
 - descuido ou impulsividade extremos;
 - forte isolamento pessoal e/ou medo dos outros;
 - atitudes ou sentimentos obsessivos com coisas que na experiência anterior de vida não tinham tanta importância;
 - sentimento de falta de conexão com o próprio corpo;
 - crescimento muito elevado do consumo de cigarros, bebidas alcoólicas e drogas;
 - repetidas faltas aos compromissos já firmados;
 - gasto muito alto com coisas, bens e serviços de pouca utilidade;
 - perda da coordenação motora, tonteira, tremedeira forte e longa, dores no corpo sem origem aparente etc.;
 - comer compulsivamente, de forma desmedida e desbragada, ou perda muito intensa do apetite;
 - desenvolver comportamentos compulsivos e repetitivos etc.

Para lidar com tais sinais, as listas de “Caixa de Ferramentas de Bem-Estar”, do “Plano de Manutenção Diária” e do “Plano de Ação para os Disparadores” devem ser revisadas, complementadas para dar conta das questões específicas dos presentes sinais de alerta e acionadas para estimular o máximo de medidas reparadoras.

5) “Quando as coisas estão mal” e o “Plano de Emergência”

Apesar de todos os nossos esforços, os nossos sintomas podem piorar, ficando muito desconfortáveis, sérios e até mesmo perigosos. Entretanto, nós ainda podemos tomar algumas iniciativas e ações, para prevenir a crise, e isso é muito importante.

Em primeiro lugar, é importante reconhecer os sintomas que indicam que “as coisas estão mal”. Contudo, é bom lembrar que eles são muito particulares, variando de pessoa para pessoa. O que pode ser visto como muito grave para uma pessoa pode não ser tão grave assim para outra.

A seguir, estão alguns exemplos de alguns sintomas mais comuns nestas horas, em uma lista que chamaremos de “Quando as coisas estão mal”:



“Quando as coisas estão mal”

- Esta é uma lista apenas ilustrativa, crie a sua:
- sentimento de estar extremamente sensível e frágil;
 - atitudes muito irracionais ou agressivas em relação aos eventos e comportamentos dos outros;
 - insônia muito grave;
 - dores ou sensação forte de mal-estar;
 - dor de cabeça muito forte ou enxaqueca;
 - não comer;
 - vontade de isolamento absoluto;
 - vontade de ter comportamentos perigosos, como dirigir muito rápido, andar em locais perigosos e altos, andar na rua sem cuidado com o trânsito etc.;
 - fantasias ou vontade de autopunição ou autoagressão;
 - abusar de drogas ou álcool de forma muito intensa;
 - pensamentos ou comportamentos obsessivos e repetitivos;
 - perda de noção de tempo e de espaço;
 - ver coisas que normalmente não estão realmente lá fora;
 - ouvir vozes;
 - gastar dinheiro de forma muito irresponsável;
 - comer desesperadamente;
 - sentimentos muito “reais” de perseguição etc.

Nestas ocasiões, é necessário ser diretivo e tomar atitudes muito claras para evitar a crise. Assim, é possível ter um “Plano de Emergência” para estas horas. Vamos ver alguns exemplos:

“Plano de Emergência”

Estes são só exemplos, construa sua própria lista pessoal:

- chamar o profissional ou serviço ao qual estou referido e pedir ajuda urgente;
- marcar uma consulta urgente e/ou pedir consultas diárias;
- chamar os meus familiares ou amigos mais próximos e pedir sugestões de como agir;
- arranjar alguém que possa ficar comigo ou me dirigir a um local onde possa estar as 24 horas do dia acompanhado;
- fazer coisas que reconheço serem urgentes e necessárias, como tomar um medicamento já conhecido e indicado, pedir a acompanhante que fique com meus documentos, cartões de crédito e chaves da casa;
- evitar a presença de objetos ou situações que possam facilitar a autoagressão;
- conseguir alguns dias de folga para não ter responsabilidades ou para não me expor a situações que possam me prejudicar no futuro;
- fazer exercícios de respiração e relaxamento sempre que necessário;
- fazer atividades que me acalmem, como ouvir música, jogar um esporte, ver cinema ou televisão, conversar com as pessoas no telefone etc.

Além deste tipo de iniciativas, podemos também, em períodos em que estamos bem, preparar um plano prévio para um eventual período de crise já aberta. Neste sentido, vale a pena consultar a parte anterior desta cartilha sobre o “Plano de Crise” e o “Cartão de Crise”, e buscar implantá-los no serviço de saúde mental que frequentamos.

Referências

COPELAND, Mary Ellen. *Wellness Recovery Action Plan*. West Dummerston, VT, USA: Peach Press, 2002.

WEINGARTEN, Richard. *O movimento de usuários em saúde mental nos Estados Unidos: história, processo de ajuda e suporte mútuos e militância*. Rio de Janeiro: Projeto Transversões e Instituto Franco Basaglia, 2001.



ANEXO 1

LEGISLAÇÃO E CARTAS DE DEFESA DE DIREITOS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

1) Lei Federal n. 10.216, de reforma psiquiátrica no Brasil

Lei n. 10.216 – De 6/4/2001 (DOU 9/4/2001)

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O Presidente da República. Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto a raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual

tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10º Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11º Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12º O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Roberto Brant



2) Carta de Defesa dos Direitos das Pessoas com Transtorno Mental da ONU, de 1991

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

17 de dezembro de 1991

A PROTEÇÃO DE PESSOAS COM PROBLEMAS MENTAIS E A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL⁹

9 Nota do tradutor: versão “amiga do usuário”:

Esta versão foi feita a partir da tradução patrocinada pela coordenação do Programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, tradução esta coordenada pelo Dr. Messias Liguori Padrão. Desta primeira versão, uma nova revisão da tradução a partir do original em inglês foi feita pelo presente autor, e algumas mudanças substanciais foram incluídas na presente versão, no sentido de colocá-la na perspectiva dos interesses do usuário, numa estratégia de desestigmatização.

Os objetivos específicos e mudanças principais desta versão são:

1) Tentar sanar algumas limitações inerentes à língua portuguesa na alusão aos fenômenos mentais, já que esta não possui os conceitos equivalentes aos da língua inglesa. Por exemplo: em inglês, temos os seguintes conceitos referentes ao termo português “doença”: “disease” (de base biológica), “illness” (de conotação mais psicológica ou leve) e “distress” (referente a quadros psicológicos ainda mais leves). O documento original usa o conceito de “mental illness”, cuja tradução portuguesa possível seria a de “doença”, “enfermidade mental” (como está, por exemplo, na versão oficial em língua espanhola), o que tem implicações profundas no terreno da abordagem profissional e pública do fenômeno, pois acaba sugerindo uma conotação somática, de estaticidade e permanência aos problemas mentais, induzindo maior estigmatização e discriminação. Isso sem dúvida alguma é incompatível com os próprios objetivos da carta de princípios. A solução encontrada foi adotar a expressão “**problemas mentais**” (às vezes também no singular), no sentido de oferecer uma conceituação vaga, imprecisa, mas cujo uso serve exatamente como estratégia de desestigmatização. O mesmo termo “illness”, quando se refere a qualquer outra área médica, foi traduzido por “problema de saúde”. A expressão “**transtorno mental**” (“doença” ou “enfermidade” não foram usados) só foi mantida em dois casos:

a) quando se refere a situações de “alegação de transtorno mental”;

b) quando se refere a situações de diagnóstico, no contexto da prática profissional especializada, em que não existe outro conceito com o mesmo nível de rigor. Mesmo assim, nestes casos, optou-se por uma formulação mais abrandada, do tipo “apresenta transtorno mental”, evitando-se formulações do tipo “é”, ou “tem”, ou “é portador de transtorno mental”.

2) Trocar o conceito de “paciente” (“patient”) pelo de “usuá-

A ASSEMBLEIA GERAL

Ciente dos dispositivos da Declaração Universal dos Direitos do Homem, 65 / da Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, 84 / da Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 84 / e de outros instrumentos relevantes, como a Declaração de Direitos das Pessoas Incapacitadas, 98 / e do Corpo de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Aprisionamento, 99/,

Recordando sua resolução 33/53 de 14/dezembro/1978, na qual se requeria à Comissão dos Direitos Humanos que a Subcomissão de Prevenção da Discriminação e de Proteção de Minorias tomasse, como matéria prioritária, um estudo da questão da proteção, das pessoas internadas por suas más condições de saúde mental, com vistas a formular diretrizes.

Recordando também sua resolução 45/92 de 14/dezembro/1990, na qual se saudava o progresso feito pelo grupo de trabalho da Comissão de Direitos Humanos ao elaborar um projeto de corpo de princípios para a proteção de pessoas com problemas mentais e para a melhoria da assistência à saúde mental com base em um projeto apresentado à Comissão pela Subcomissão de Prevenção da Discriminação e de Proteção de Minorias.

Anotando a resolução 1991/46 de 5/março/1991, 69/ da Comissão de Direitos Humanos, no qual se endossava o projeto de corpo de princípios a ela

rio”, pelas suas conotações e efeitos indutivos de passividade e de se constituir em objeto da ação, quando se quer exatamente estimular, ao contrário, um papel ativo e participante da clientela dos serviços de saúde mental. O termo paciente foi mantido apenas no caso da expressão “paciente involuntário”, em situações em que está evidente que o usuário sofre a ação involuntariamente, e em que o uso da expressão “usuário” mascararia tal realidade.

3) O texto original em inglês se refere a “domestic Law”, que foi traduzido como “legislação nacional”. Entretanto, tal conceito não deve significar apenas legislação a nível federal, mas deve incluir também legislações estaduais e leis orgânicas municipais.

submetido pelo grupo de trabalho e decidia encaminhá-lo bem como ao relatório do grupo de trabalho, à Assembleia Geral, por intermédio do Conselho Econômico e Social.

Anotando também a resolução 1991/29 de 31/maio/1991, do Conselho Econômico e Social, no qual se decidia submeter o projeto de corpo de princípios e o relatório do grupo de trabalho à Assembleia Geral.

Assumindo as recomendações da Comissão de Direitos Humanos em sua resolução 1991/46 e do Conselho Econômico e Social em sua resolução 1991/29 que, em caso de aprovação do projeto de corpo de princípios pela Assembleia Geral, o texto completo deverá ser divulgado do modo mais amplo possível e que a introdução deveria ser publicada ao mesmo tempo como um documento complementar, para benefício das administrações estatais e do público em geral.

Assumindo ainda a nota da Secretaria Geral, 100 / que em seu anexo contém o projeto de corpo de princípios e a introdução ao mesmo,

- 1. adota** os Princípios para a Proteção de Pessoas com Problemas Mentais e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, cujo texto está anexo à presente resolução;
- 2. requisita** à Secretaria Geral que inclua o texto do corpo de Princípios, juntamente com a introdução, na próxima edição de “Direitos Humanos / Uma Compilação de Instrumentos Internacionais”;
- 3. requisita** à Secretaria Geral que dê a maior divulgação possível ao corpo de Princípios e garanta que a introdução seja publicada ao mesmo tempo como documento complementar, para benefício das administrações estatais e do público em geral.

PRINCÍPIOS PARA A PROTEÇÃO DE PESSOAS COM PROBLEMAS MENTAIS E PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL

APLICAÇÃO

Estes Princípios serão aplicados sem discriminação de qualquer tipo, tais como as baseadas em distinção de deficiência, raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, origem nacional, étnica ou social, *status* legal ou social, idade, propriedade ou nascimento.

DEFINIÇÕES

Nestes Princípios:

“Advogado” significa um representante legal ou outro representante qualificado;

“Autoridade independente” significa uma autoridade competente e independente prescrita pela legislação nacional;

“Assistência à Saúde Mental” inclui análise e diagnóstico do estado psíquico de uma pessoa e tratamento, cuidado e reabilitação para problemas mentais ou suspeita de problema mental;

“Estabelecimento de Saúde Mental” significa qualquer estabelecimento, ou qualquer unidade de um estabelecimento que, como função principal, ofereça assistência à saúde mental;

“Profissional de Saúde Mental” significa um médico, psicólogo clínico, enfermeiro, assistente social ou outra pessoa adequadamente treinada e qualificada, com habilidades específicas relevantes para a assistência à saúde mental;

“Usuário” significa uma pessoa recebendo assistência à saúde mental e inclui todas as pessoas admitidas em um estabelecimento de saúde mental;

“Representante pessoal” significa uma pessoa legalmente incumbida do dever de representar os interesses de um usuário em qualquer matéria especificada, ou de exercer direitos específicos em nome do usuário, incluindo os pais ou o guardião legal de um menor, a menos que seja estabelecido de outro modo pela legislação nacional;

“Corpo de revisão” significa o órgão estabelecido de acordo com o Princípio 17 para rever a admissão involuntária ou a retenção de um usuário em um estabelecimento de saúde mental.

CLÁUSULA GERAL DE LIMITAÇÃO

O exercício dos direitos expressos nestes Princípios poderá apenas estar sujeito às limitações prescritas por lei, e necessárias à proteção da saúde ou segurança da pessoa interessada ou de outras, ou ainda para proteger a segurança pública, a ordem, a saúde, a moral ou os direitos e liberdades fundamentais de outros.

PRINCÍPIO 1
LIBERDADES FUNDAMENTAIS E DIREITOS BÁSICOS

- 1. Todas as pessoas têm direito à melhor assistência disponível à saúde mental, que deverá ser parte do sistema de cuidados de saúde e sociais.
- 2. Todas as pessoas com problemas mentais ou que estejam sendo tratadas como tal deverão ser tratadas com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa humana.
- 3. Todas as pessoas com problemas mentais, ou que estejam sendo tratadas como tal, têm direito à proteção contra exploração econômica, sexual, ou de qualquer outro tipo,

contra abusos físicos ou de outra natureza, e contra tratamento degradante.

4. Não haverá discriminação sob alegação de transtorno mental. “Discriminação” significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos. Medidas especiais com a única finalidade de proteger os direitos ou garantir o desenvolvimento de pessoas com problemas mentais não serão consideradas discriminatórias. Discriminação não inclui qualquer distinção, exclusão ou preferência realizadas de acordo com os provimentos destes Princípios e necessários à proteção dos direitos humanos de uma pessoa com problemas mentais ou de outros indivíduos.

5. Toda pessoa com problemas mentais terá o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos pela Declaração Universal dos Direitos do Homem, 65/ pela Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 84/ pela Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, 84/ e ou outros instrumentos relevantes, como a Declaração de Direitos da Pessoa Incapacitada, 98/ e pelo Corpo de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Aprisionamento, 99/.

6. Qualquer decisão em que, em razão de problema mental, a pessoa perca sua capacidade legal, e qualquer decisão em que, em consequência de tal incapacidade, um representante pessoal tenha que ser designado, somente poderão ser tomadas após uma audiência legítima a cargo e um tribunal independente e imparcial estabelecido pela legislação nacional. A pessoa cuja capacidade esteja em pauta terá o direito de

ser representada por um advogado. Se esta pessoa, cuja capacidade estiver em pauta, não puder garantir por meios próprios seu representante legal, tal representação deverá estar disponível, sem pagamento, enquanto ela não puder dispor de meios para pagá-la. O advogado não deverá, no mesmo processo, representar um estabelecimento de saúde mental ou seus funcionários, e não deverá também representar um membro da família da pessoa cuja capacidade esteja em pauta, a menos que o tribunal esteja seguro de que não há conflito de interesses. As decisões com respeito à capacidade civil e à necessidade de um representante pessoal deverão ser revistas a intervalos razoáveis, previstos pela legislação nacional. A pessoa, cuja capacidade estiver em pauta, seu representante pessoal, se houver, e qualquer outra pessoa interessada terão o direito de apelar a um tribunal superior contra essas decisões.

7. Nos casos em que uma corte ou outro tribunal competente julgar que uma pessoa com problemas mentais esteja incapacitada para gerir seus próprios assuntos, devem-se tomar medidas no sentido de garantir a proteção dos interesses da pessoa, adequadas às suas condições e necessidades.

PRINCÍPIO 2
PROTEÇÃO DE MENORES

Devem-se tomar cuidados especiais, dentro dos propósitos destes Princípios e dentro do contexto das leis nacionais, de proteção aos menores, que venham garantir seus direitos, incluindo, se necessário, a designação de outro representante pessoal que não seja um familiar.

PRINCÍPIO 3
VIDA EM COMUNIDADE

Toda pessoa com problemas mentais deverá ter o direito de viver e trabalhar, tanto quanto possível, na comunidade.

PRINCÍPIO 4
DETERMINAÇÃO DE UM TRANSTORNO MENTAL

- 1. A determinação de que uma pessoa apresenta transtorno mental deverá ser feita de acordo com os padrões médicos aceitos internacionalmente.
- 2. A determinação de um transtorno mental nunca deverá ser feita com base no *status* econômico, político ou social, ou na pertinência a um grupo cultural, racial ou religioso, ou em qualquer outra razão não diretamente relevante para o estado de saúde mental da pessoa.
- 3. Nunca serão fatores determinantes para o diagnóstico de transtorno mental: os conflitos familiares ou profissionais, a não conformidade com valores morais, sociais, culturais ou políticos, ou com as crenças religiosas prevalentes na comunidade da pessoa.
- 4. Uma história de tratamento anterior ou uma hospitalização não deverão por si mesmas justificar qualquer determinação presente ou futura de quadro de transtorno mental.
- 5. Nenhuma pessoa ou autoridade classificará uma pessoa como portadora, ou indicará de qualquer outro modo que uma pessoa apresenta transtorno mental, fora dos propósitos diretamente relacionados ao problema mental ou suas consequências.

PRINCÍPIO 5
EXAME MÉDICO

Nenhuma pessoa será compelida a submeter-se a exame médico com o objetivo de determinar se apresenta ou não transtorno mental, que não esteja de acordo com procedimentos autorizados pela legislação nacional.

PRINCÍPIO 6
CONFIDENCIALIDADE

Deve-se respeitar o direito de todas as pessoas às quais se aplicam estes Princípios, à confidencialidade das informações que lhes concernem.

PRINCÍPIO 7
O PAPEL DA COMUNIDADE E DA CULTURA

1. Todo usuário terá o direito de ser tratado e cuidado, tanto quanto possível, na comunidade onde vive.
2. Nos casos em que o tratamento for realizado em um estabelecimento de saúde mental, o usuário terá o direito, sempre que possível, de ser tratado próximo à sua residência ou à de seus parentes ou amigos e terá o direito de retornar à comunidade o mais breve possível.
3. Todo usuário terá o direito de receber tratamento adequado à sua tradição cultural.

PRINCÍPIO 8
PADRÃO DE ASSISTÊNCIA

- 1- Todo usuário terá o direito de receber cuidados sociais e de saúde apropriados às suas necessidades de saúde, e terá direito ao cuidado e tratamento de acordo com os mesmos

padrões dispensados a outras pessoas com problemas de saúde.

2. Todo usuário será protegido de danos, inclusive medicação não justificada, de abusos por parte de outros usuários, equipe técnica, funcionários e outros, ou de quaisquer outros atos que causem sofrimento mental ou desconforto físico.

PRINCÍPIO 9
TRATAMENTO

1. Todo usuário terá direito a ser tratado no ambiente menos restritivo possível, com o tratamento menos restritivo ou invasivo, apropriado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física de outros.
2. O tratamento e os cuidados a cada usuário serão baseados em um plano prescrito individualmente, discutido com o usuário, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por pessoal profissional qualificado.
3. A assistência à saúde mental será sempre oferecida de acordo com padrões éticos aplicáveis aos profissionais de saúde mental, inclusive padrões internacionalmente aceitos, como os Princípios de Ética Médica adotados pela Assembleia Geral das Nações Unidas. Jamais se cometerão abusos com os conhecimentos e práticas de saúde mental.
4. O tratamento de cada usuário deverá estar direcionado no sentido de preservar e aumentar sua autonomia pessoal.

PRINCÍPIO 10
MEDICAÇÃO

1. A medicação deverá atender da melhor maneira possível as necessidades de saúde do usuário, sendo administrada apenas com propósitos terapêuticos ou diagnósticos e nunca deverá ser administrada como punição ou para a conveniência de outros. Sujeitos às determinações do parágrafo 15 do Princípio 11, os profissionais de saúde mental deverão administrar somente as medicações de eficácia conhecida ou demonstrada.
- 2- Toda medicação deverá ser prescrita por um profissional de saúde mental autorizado pela legislação e ser registrada no prontuário do usuário.

PRINCÍPIO 11
CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO

1. Nenhum tratamento será administrado a um usuário sem seu consentimento informado, exceto nas situações previstas nos parágrafos 6, 7, 8, 13 e 15 abaixo.
2. Consentimento informado é o consentimento obtido livremente, sem ameaças ou persuasão indevida, após esclarecimento apropriado com as informações adequadas e inteligíveis, na forma e linguagem compreensíveis ao usuário sobre:
 - a. a avaliação diagnóstica;
 - b. o propósito, método, duração estimada e benefício esperado do tratamento proposto;
 - c. os modos alternativos de tratamento, inclusive aqueles menos invasivos; e

d. possíveis dores ou desconfortos, riscos e efeitos colaterais do tratamento proposto.

3. O usuário pode requerer a presença de uma pessoa ou pessoas de sua escolha durante o procedimento de obtenção do consentimento.
4. O usuário tem o direito de recusar ou interromper um tratamento, exceto nos casos previstos nos parágrafos 6, 7, 8, 13 e 15 abaixo. As consequências de recusar ou interromper o tratamento devem ser explicadas ao paciente.
5. O usuário nunca deverá ser convidado ou induzido a abrir mão do direito ao consentimento informado. Se o usuário quiser fazê-lo, deverá se explicar a ele que o tratamento não poderá ser administrado sem o consentimento informado.
6. Excetuando-se os casos previstos nos parágrafos 7, 8, 12, 13, 14 e 15 abaixo, um plano de tratamento poderá ser administrado a um usuário sem seu consentimento informado, se as seguintes condições forem satisfeitas:
 - a. o usuário for, no momento relevante, mantido como paciente involuntário;
 - b. uma autoridade independente, estando de posse de todas as informações relevantes, inclusive da informação especificada no parágrafo 2 acima, estiver convencida de que, no momento relevante, o usuário esteja incapacitado para dar ou recusar o consentimento informado ao plano de tratamento proposto ou, se a legislação nacional assim determinar, que, considerando a segurança do próprio usuário ou a segurança de outros, o usuário tenha irracionalmente recusa-

do tal consentimento; e

c. a autoridade independente estiver convencida de que o plano de tratamento proposto atende ao maior interesse das necessidades de saúde do usuário;

7. O parágrafo 6 acima não se aplicará quando o usuário tiver um representante pessoal designado por lei para dar consentimento ao tratamento pelo usuário, mas, exceto nos casos previstos nos parágrafos 12, 13, 14 e 15 abaixo, o tratamento poderá ser administrado a tal usuário sem o seu consentimento informado se o representante pessoal, tendo recebido as informações descritas no parágrafo 2 acima, assim o consinta, em nome do usuário.

8. Exceto nas situações previstas nos parágrafos 12, 13, 14 e 15 abaixo, o tratamento também poderá ser administrado a qualquer usuário sem o seu consentimento informado, se um profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei determinar que é urgentemente necessário, a fim de se evitar dano imediato ou iminente ao usuário ou a outras pessoas. Tal tratamento não será prolongado além do período estritamente necessário a esse propósito.

9. Nos casos em que algum tratamento foi autorizado sem o consentimento informado ao usuário, serão feitos todos os esforços para informá-lo acerca da natureza do tratamento e de todas as alternativas possíveis, buscando envolvê-lo, tanto quanto seja possível, como participante no desenvolvimento do plano de tratamento.

10- Todos os tratamentos serão imediatamente registrados nos prontuários médicos dos usuários, com a indicação de terem sido

administrados voluntária ou involuntariamente.

11. Não deverá ser empregada a restrição física ou o isolamento involuntário de um paciente, exceto de acordo com os procedimentos oficialmente aprovados, adotados pelo estabelecimento de saúde mental, e apenas quando for o único meio disponível de prevenir dano imediato ou iminente ao paciente e a outros. Mesmo assim, não deverá ser prolongado além do período estritamente necessário a esse propósito. Todos os casos de restrição física ou isolamento involuntário, suas razões, sua natureza e extensão, deverão ser registrados no prontuário médico do usuário. O usuário que estiver restringido ou isolado deverá ser mantido em condições humanas e estar sob cuidados e supervisão imediata e regular dos membros qualificados da equipe. Em qualquer caso de restrição física ou isolamento involuntário relevante, o representante pessoal do usuário deverá ser prontamente notificado.

12. A esterilização nunca deverá ser realizada como tratamento para problemas mentais.

13. Um procedimento médico ou cirúrgico de magnitude somente poderá ser realizado em uma pessoa com problemas mentais quando permitido pela legislação nacional, quando se considerar que atende melhor às necessidades de saúde do usuário e quando receber seu consentimento informado, salvo os casos em que o usuário estiver incapacitado para dar esse consentimento, e o procedimento será autorizado somente após um exame independente.

14. A psicocirurgia e outros tratamentos invasivos e irreversíveis para problemas mentais jamais serão realizados em um usuário que

esteja involuntariamente em um estabelecimento de saúde mental e, na medida em que a legislação nacional permita sua realização, somente poderão ser realizados em qualquer outro tipo de usuário quando este tiver dado seu consentimento informado e um corpo de profissionais externo estiver convencido de que houve genuinamente um consentimento informado, e de que o tratamento é o que melhor atende às necessidades de saúde do usuário.

15. Ensaios clínicos e tratamentos experimentais nunca serão realizados em qualquer usuário sem seu consentimento informado. Somente com a aprovação de um corpo de revisão competente e independente, especificamente constituído para este fim, poderá ser aplicado um ensaio clínico ou um tratamento experimental a um usuário que esteja capacitado a dar seu consentimento informado.

16. Nos casos especificados nos parágrafos 6, 7, 8, 13, 14 e 15 acima, o usuário, ou seu representante pessoal, ou qualquer pessoa interessada, terá o direito de apelar a uma autoridade independente, judiciária ou outra, acerca de qualquer tratamento administrado ao usuário.

PRINCÍPIO 12 INFORMAÇÃO SOBRE OS DIREITOS

1. O usuário em um estabelecimento de saúde mental deverá ser informado, tão logo quanto possível após sua admissão, de todos os seus direitos, de acordo com estes Princípios e as leis nacionais, nas formas e linguagem que possa compreender, o que deverá incluir uma explicação sobre esses direitos e o modo de exercê-los.

2. Caso o usuário esteja incapacitado para compreender tais informações, e pelo tempo que

assim estiver, seus direitos deverão ser comunicados ao representante pessoal, se houver e for apropriado, e à pessoa ou pessoas mais habilitadas a representar os interesses do usuário e dispostas a fazê-lo.

3. O usuário com a capacidade necessária terá o direito de nomear a pessoa que deverá ser informada em seu nome, bem como a pessoa para representar seus interesses junto às autoridades do estabelecimento.

PRINCÍPIO 13 DIREITOS E CONDIÇÕES DE VIDA EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

1. Todo usuário de um estabelecimento de saúde mental deverá ter, em especial, o direito de ser plenamente respeitado em seu:

a. reconhecimento, em qualquer lugar, como pessoa perante a lei;

b. privacidade;

c. liberdade de comunicação, que inclui liberdade de comunicar-se com outras pessoas do estabelecimento; liberdade de enviar e receber comunicação privada não censurada; liberdade de receber, privadamente, visitas de um advogado ou representante pessoal e, a todo momento razoável, outros visitantes; e liberdade de acesso aos serviços postais e telefônicos, e aos jornais, rádio e televisão;

d. liberdade de religião ou crença.

2. O ambiente e as condições de vida nos estabelecimentos de saúde mental deverão aproximar-se, tanto quanto possível, das condições

de vida normais de pessoas de idade semelhante, e deverão incluir, particularmente:

- a. instalações para atividades recreacionais e de lazer;
- b. instalações educacionais;
- c. instalações para aquisição ou recepção de artigos para a vida diária, recreação e comunicação;
- d. instalações e estímulo para sua utilização, para o engajamento do usuário em ocupação ativa adequada à sua tradição cultural, e para medidas adequadas de reabilitação vocacional que promovam sua reintegração na comunidade. Estas medidas devem incluir orientação vocacional, treinamento profissional e serviços de encaminhamento a postos de trabalho, para garantir que os usuários consigam e mantenham os vínculos de trabalho na comunidade.

3. Em nenhuma circunstância o usuário será submetido a trabalhos forçados. O usuário terá o direito de escolher o tipo de trabalho que quiser realizar, dentro de limites compatíveis com as suas necessidades e as condições administrativas da instituição.

4. O trabalho dos usuários em estabelecimentos de saúde mental será objeto de exploração. Tais usuários deverão ter o direito de receber, por qualquer trabalho realizado, a mesma remuneração que seria paga pelo mesmo trabalho a um não usuário de acordo com a legislação ou o costume nacional. Tais usuários deverão, em todas as circunstâncias, ter o direito de receber sua participação equitativa em qualquer remuneração

que seja paga ao estabelecimento de saúde mental por seu trabalho.

PRINCÍPIO 14
RECURSOS DISPONÍVEIS NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

1. Um estabelecimento de saúde mental deverá dispor do mesmo nível de recursos que qualquer outro estabelecimento de saúde, e em particular:

- a. equipe profissional apropriada, de médicos e outros profissionais qualificados em número suficiente, com espaço adequado para oferecer a cada usuário privacidade e um programa terapêutico apropriado e ativo;
- b. equipamento diagnóstico e terapêutico;
- c. assistência profissional adequada; e
- d. tratamento adequado, regular e abrangente, incluindo fornecimento de medicação.

2. Todo estabelecimento de saúde mental deverá ser inspecionado pelas autoridades competentes, com frequência suficiente para garantir as condições, o tratamento e o cuidado aos usuários de acordo com estes Princípios.

PRINCÍPIO 15
PRINCÍPIOS PARA A ADMISSÃO

1. Nos casos em que uma pessoa necessitar de tratamento em um estabelecimento de

saúde mental, todo esforço será feito para se evitar uma admissão involuntária.

2. O acesso a um estabelecimento de saúde mental será oferecido da mesma forma que em qualquer outro estabelecimento de saúde frente a outro problema de saúde qualquer.

3. Todo usuário que não tenha sido admitido involuntariamente terá o direito de deixar o estabelecimento a qualquer momento, a menos que se aplique o critério para sua retenção como paciente involuntário, conforme o Princípio 16, devendo-se informar este direito ao usuário.

PRINCÍPIO 16
ADMISSÃO INVOLUNTÁRIA

1. Uma pessoa pode (a) ser admitida involuntariamente como usuário em um estabelecimento de saúde mental; ou (b) tendo sido admitida voluntariamente como usuário, ser retida como paciente involuntário no estabelecimento de saúde mental se, e apenas se, um profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei para este fim determinar, de acordo com o Princípio 4, que a pessoa apresenta transtorno mental e considerar:

(a) que, devido ao problema mental, existe uma séria possibilidade de dano imediato ou iminente à pessoa ou a outros;

(b) que, no caso de uma pessoa cujo quadro mental seja severo e cujo julgamento esteja prejudicado, deixar de admiti-la ou retê-la provavelmente levará a uma séria deterioração de sua condição ou impedirá a oferta de tratamento adequado, que somente será possível, por meio da admissão em um

estabelecimento de saúde mental, de acordo com o princípio da alternativa menos restritiva.

No caso referido no subparágrafo b, um segundo profissional de saúde mental igualmente qualificado, independente do primeiro, deverá ser consultado, onde isto for possível. Se tal consulta ocorrer, a admissão ou a retenção involuntárias não se darão, a não ser com a concordância do segundo profissional.

2. A admissão ou retenção involuntárias deverão inicialmente ocorrer por um período curto, conforme especificado pela legislação nacional, para observação e tratamento preliminar, ficando pendente à revisão da admissão ou retenção, a ser realizada pelo corpo de revisão. Os motivos da admissão deverão ser comunicados prontamente ao usuário e a admissão e seu motivo também deverão ser comunicadas prontamente e em detalhes ao corpo de revisão, ao representante pessoal do usuário, se houver e, a menos que haja objeção do usuário, à sua família.

3- Um estabelecimento de saúde mental só poderá receber usuários admitidos involuntariamente se tiver sido designado para isso por uma autoridade competente prescrita pela legislação nacional.

PRINCÍPIO 17
CORPO DE REVISÃO

1. O corpo de revisão deverá ser um corpo independente e imparcial judicial ou outro, estabelecido pela legislação nacional e funcionar de acordo com procedimentos prescritos pela mesma. Deverá, ao formular suas decisões, ter a assistência de um ou mais profissionais de

saúde mental qualificados e independentes e levar em consideração suas recomendações.

2. O primeiro exame do corpo de revisão, conforme requerido no parágrafo 2 do Princípio 16, a respeito de uma decisão de admitir ou reter uma pessoa como paciente involuntário deverá ocorrer tão logo quanto possível após aquela decisão, e deverá ser conduzida de acordo com procedimentos simples e rápidos conforme especificado pela legislação nacional.

3. O corpo de revisão deverá rever periodicamente os casos de pacientes involuntários, a intervalos razoáveis, conforme especificado pela legislação nacional.

4. Um paciente involuntário poderá requisitar ao corpo de revisão sua alta, ou a conversão de sua condição ao estado de usuário voluntário, a intervalos razoáveis prescritos pela legislação nacional.

5. Em cada revisão, o corpo de revisão deverá avaliar se os critérios para admissão involuntária, expressos no parágrafo 1 do Princípio 16, ainda estão satisfeitos, e, se não estiverem, o usuário sairá da condição de paciente involuntário.

6. Se, a qualquer momento, o profissional de saúde mental responsável pelo caso estiver convencido de que a condições para a retenção de uma pessoa como paciente involuntário não são mais aplicáveis, este deverá determinar a alta dessa pessoa da condição de paciente involuntário.

7. Um usuário ou seu representante pessoal, ou qualquer pessoa interessada terão o direito de apelar a um tribunal superior contra a decisão de admitir ou reter o usuário em um estabelecimento de saúde mental.

PRINCÍPIO 18 **SALVAGUARDAS PROCESSUAIS**

1. O usuário terá o direito de escolher e nomear um advogado para representá-lo como tal, incluindo a representação em qualquer procedimento de queixa e apelação. Se o usuário não puder garantir tais serviços, colocar-se-á um advogado a sua disposição, gratuitamente, enquanto perdurar sua carência de meios de pagamento.

2. O usuário também terá direito, se necessário, aos serviços de um intérprete. Quando tais serviços forem necessários e o usuário não puder garanti-los, estes deverão estar disponíveis, sem pagamento, enquanto perdurar a carência dos meios de pagamento.

3. O usuário e seu advogado podem requerer e produzir, em qualquer audiência, um relatório de saúde mental independente e quaisquer outros relatórios e provas orais, escritas e outras evidências que sejam relevantes e admissíveis.

4. Cópias dos registros do usuário e quaisquer relatórios e documentos a serem apresentados deverão ser fornecidos ao usuário e a seu advogado, exceto em casos especiais onde for determinado que a revelação de uma informação específica ao usuário poderá causar dano grave à sua saúde ou pôr em risco a segurança de outros. Conforme prescrição da legislação nacional, qualquer documento não fornecido ao usuário deverá, quando isto puder ser feito em confiança, ser fornecido ao seu representante pessoal e ao seu advogado. Quando qualquer parte de um documento for vedada ao usuário, este ou seu advogado, se houver, deverão ser informados do fato e das razões para tanto, e o fato será sujeito à revisão judicial.

5. O usuário, seu representante pessoal e o advogado terão o direito de comparecer, de participar e de serem ouvidos em qualquer audiência.

6. Se o usuário ou seu representante pessoal ou advogado solicitarem a presença de uma determinada pessoa em uma audiência, essa pessoa será admitida, a menos que se considere que sua presença poderá causar dano sério à saúde do usuário ou colocar em risco a segurança de outros.

7. Qualquer decisão a respeito do caráter público ou privado de uma audiência ou parte dela, e da possibilidade de uso público de seus autos e relatórios, deverá levar em plena consideração o desejo do usuário, a necessidade de respeito à sua privacidade e de outras pessoas, e a necessidade de evitar danos sérios à saúde do usuário ou colocar em risco a segurança de outros.

PRINCÍPIO 19 **ACESSO À INFORMAÇÃO**

1. O usuário (este termo, neste Princípio, inclui um ex-usuário) deverá ter direito de acesso à informação concernente a ele, à sua saúde e nos registros pessoais mantidos por um estabelecimento de saúde mental. Este direito poderá estar sujeito a restrições com o fim de evitar danos sérios à saúde do usuário e colocar em risco a segurança de outros. Conforme a legislação nacional, quaisquer informações não fornecidas ao usuário deverão, quando isto puder ser feito em confiança, ser fornecidas ao representante pessoal e ao advogado do usuário. Quando qualquer informação for vedada ao usuário, este ou seu advogado, se houver, deverão ser informados do fato e das

razões para o mesmo, e tais determinações estarão sujeitas a revisão judicial.

2. Qualquer comentário, feito por escrito, pelo usuário, seu representante pessoal ou advogado, deverá, se assim for requerido, ser inserido no prontuário do usuário.

PRINCÍPIO 20 **DOS INFRATORES DA LEI**

1. Este Princípio se aplica a pessoas cumprindo sentenças de prisão por crimes, ou que estejam detidas no curso de investigações ou processos penais contra elas, e às quais tenha sido determinada a presença de transtorno mental, ou a possibilidade de sua existência.

2. Todas estas pessoas devem receber a melhor assistência à saúde mental disponível, como determinado no Princípio 1. Estes Princípios serão aplicados a elas na maior extensão possível, com modificações e exceções limitadas apenas por necessidades circunstanciais. Nenhuma dessas modificações e exceções deverá prejudicar os direitos da pessoa no que diz respeito aos instrumentos mencionados no parágrafo 5 do Princípio 1.

3. A legislação nacional poderá autorizar um tribunal ou outra autoridade competente a determinar, baseando-se em opinião médica competente e independente, que tais pessoas sejam admitidas em um estabelecimento de saúde mental.

4. O tratamento de pessoas nas quais se tenha determinado a presença de transtorno mental deverá, em todas as circunstâncias, ser consistente com o Princípio 11.

PRINCÍPIO 21 QUEIXAS

Todo paciente ou ex-paciente terá o direito de apresentar queixas conforme os procedimentos especificados pela legislação nacional.

PRINCÍPIO 22 MONITORAMENTO E MECANISMO DE INTERVENÇÃO

Os Estados devem assegurar que mecanismos adequados entrem em vigor para promover a aceitação destes Princípios, a inspeção de estabelecimentos de saúde mental, para a apreciação, investigação e resolução das queixas, e para estabelecer procedimentos disciplinares ou judiciais apropriados para casos de má conduta profissional ou violação dos direitos de um usuário.

PRINCÍPIO 23 IMPLEMENTAÇÃO

1. Os Estados devem implementar estes Princípios por meio de medidas apropriadas de caráter legislativo, judicial, administrativo, educacional e outras, que deverão ser revistas periodicamente.
2. Os Estados devem tornar estes Princípios amplamente conhecidos, por meios apropriados e dinâmicos.

PRINCÍPIO 24 ALCANCE DOS PRINCÍPIOS RELACIONADOS AOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

Estes Princípios se aplicam a todas as pessoas admitidas em um estabelecimento de saúde mental.

PRINCÍPIO 25 PROTEÇÃO DOS DIREITOS EXISTENTES

Não haverá restrição ou diminuição de qualquer direito já existente dos usuários, incluindo direitos reconhecidos em legislação internacional ou nacional aplicável, sob o pretexto de que estes Princípios não os reconhecem ou que os reconhecem parcialmente.



3) Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental

Apresentamos a Carta de Direitos dos Usuários e Familiares, produto do III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, realizado em Santos (SP), em dezembro de 1993. Consideramos a necessidade de todos estarem discutindo, debatendo este documento de forma que possamos salientar a relevância da luta antimanicomial e em particular da luta dos usuários e familiares pela construção da cidadania.

Utilizamos a expressão “usuário”, assim como se utiliza a expressão “técnicos”, para designar situações específicas. Na verdade nós, usuários entre aspas, somos pessoas, seres humanos totais integrais, acima das condições circunstanciais dos serviços de saúde mental.

Entretanto, as pessoas neste movimento não se chamam uns aos outros de usuários, mas de companheiros, participantes e amigos.

Queremos ser autores do nosso próprio destino.

Desejamos a verdadeira integração na sociedade.

Direitos sociais

A todos os usuários deve ser garantido o direito a uma vida plena em sua realidade psicológica, existencial, social e política.

A assistência a saúde mental é um direito de todo cidadão, independentemente de sua situação social, familiar e racial, e essa assistência não poderá em hipótese alguma justificar a violação de quaisquer direitos de cidadania.

Todos os usuários têm direitos à liberdade, dignidade de ser tratado e ouvido como ser humano, com direitos civis, políticos e sociais garantidos pela constituição de seu país.

Não deverá haver discriminação e preconceito ao usuário no mercado de trabalho, em seus direitos trabalhistas e em instituições sociais em geral.

Todo usuário tem o direito de expressão; ser respeitado em seus credos religiosos, manifestações culturais e sexualidade.

Nenhum usuário pode ser submetido à exploração econômica e sexual; ao abuso físico e moral; ou a qualquer comportamento humilhante.

Características gerais dos serviços de saúde mental e complementares

A assistência em saúde mental abrange não só a psiquiatria, mas também, assistência médica, odontológica, social, jurídica, reabilitação, educação e garantia de trabalho protegido ou não.

A atenção em saúde mental não deve ser realizada em manicômios (instituição fechada), mas em serviços abertos e menos restrito possível, tais como: hospital geral, centro e núcleos de atenção psicossocial, centros de convivência, cooperativas, grupos de trabalho, microempresas, hospitais dia e noite, lares e pensões abrigados, associações comunitárias, grupos de autoajuda, oficinas abrigadas etc.

Todo serviço de saúde mental deverá ter um representante jurídico de caráter reconhecidamente público e legal capaz de assegurar a escuta e a implementação de direitos de cidadania de seus usuários.

Os serviços de saúde devem permitir e incentivar os usuários a se organizarem em grupos, conselhos populares, associações de usuários, familiares, trabalhadores de saúde mental e comunidade, que objeti-

ve a transformação do preconceito sobre a loucura, na sociedade em geral, nas leis, na organização e na fiscalização dos serviços em geral.

Os serviços de saúde mental devem ser o mais próximo possível do local de moradia dos usuários, de forma descentralizada, garantindo-se o direito de escolha do usuário pelos serviços e profissionais de sua preferência.

Todo serviço de saúde mental deverá garantir o bem-estar físico, mental e emocional de seus usuários e também as exigências mínimas de higiene, segurança, condições ecológicas e ambientais, conforto, privacidade e alimentação de qualidade com supervisão profissional.

Todo usuário terá direito ao meio de transporte que garanta o acesso gratuito ao serviço de saúde mental como também a sua medicação, sem com isso induzir a discriminação ou o preconceito.

As crianças e os adolescentes não poderão ser tratados em serviços que não garantam os direitos reconhecidos pelo Estatuto dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Os serviços de saúde mental devem ser gratuitos e de preferência públicos. Todos os serviços e principalmente os de caráter privado, lucrativo e conveniado, devem estar sob supervisão e fiscalização em qualquer momento pelo poder público e entidade de usuários, familiares e profissionais.

Características dos tratamentos em saúde mental

Todo o serviço de triagem em saúde mental deve incluir uma avaliação psiquiátrica, psicológica, médico-clínica e social que garanta uma visão ampla e integrada do usuário e respeite a sua fragilidade e dignidade de ser humano.

Deverão ser proibidas as formas de tortura e violência afirmadas como “terapêuticas”:

- psicocirurgia (cirurgia feita no cérebro com intenção de modificar o comportamento);
- insulinoaterapia (dose maciça de insulina com efeito semelhante ao choque no cérebro);
- esterilização involuntária (acabar com a possibilidade de procriação);
- ECT (Eletrochoque Terapia);
- superdosagem de medicamentos do tipo DEPOT e “Sossega Leão”;
- camisa de força;
- amarrar;
- cela forte.

Qualquer internação psiquiátrica efetuada deverá ser comunicada num prazo de até 48 horas ao Ministério Público e a um ouvidor não convocado pela própria instituição, mas sim escolhido pelas entidades de usuários.

Todo programa de saúde mental deverá promover abordagens e serviços especializados e adequados aos diversos grupos da clientela, tais como alcoolistas, crianças e adolescentes, idosos, autistas, drogaditos, portadores de deficiência e de HIV positivo etc.

Todo serviço de saúde mental deve oferecer orientação, suporte e ou terapêutica para os familiares dos usuários bem como mecanismos de participação nas decisões e fiscalização dos serviços.

Direitos dos usuários de serviços de saúde mental

Todo usuário tem direito à expressão responsável de sua afetividade e sexualidade nos serviços de saúde mental bem como à orientação e educação sexual e acesso a meios de contracepção (métodos para evitar a gravidez).

Todo usuário deve ter garantido o direito de:

- acesso às informações contidas no prontuário;
- aos meios de comunicação, tais como TV, jornais, rádios e telefone;
- sigilo e inviolabilidade de correspondência;
- privacidade e individualidade;
- participar das decisões nos serviços, nos conselhos populares, conferências e encontros de saúde;
- a uma representação legal e gratuita em caso de incapacidade civil;
- acesso às informações dos direitos dos usuários e familiares.

Deveres dos usuários

O usuário, na medida do possível, deve cuidar de sua higiene pessoal, administrar o uso de sua medicação juntamente com seus terapeutas e familiares.

O usuário deve ser responsável por seus atos e familiares.

Deveres dos familiares

O familiar deverá cuidar do seu parente enfermo e prestar-lhe toda a assistência necessária.

O familiar deverá colaborar com o serviço que presta atendimento a seu parente.

Entidades Organizadoras do 3º Encontro de Usuários e Familiares de Saúde Mental:

Associações: Cabeça Firme (RJ), Saúde Mental de Santo André (SP), Franco Basaglia (SP), Franco Rotelli (Santos-SP), Maluco Beleza (S. Vicente-SP), CRP/06 (Santos-SP), Instituto Franco Basaglia (RJ), Núcleo Antimanicomial de Campinas e do Guarujá (SP), Esc. Nac. de Saúde Pública (RJ), Sosintra (RJ), S.O.S. Saúde Mental (SP).

Comissão Executiva: Associação Franco Rotelli.

Apoio: Sind. dos Metalúrgicos (Santos-SP), Sind. Urbanitários (Santos-SP), Programa de Saúde Mental – Sehig e Prefeitura Municipal de Santos.



